



CONTENTS

의료정책포럼 Vol.13 No.1

2	인물 추 무 진 대한의사협회 제38대 회장 겸 제39대 회장 당선인 / 이 중 철 건강보험심사평가원 진료심사평가위원장
5	권두논단 : Post-2015 지속가능한 보건의료 개발의제의 비판적 고찰 / 최 재 욱
13	특집 : 기초의학의 위기와 극복 기초의학의 인재고갈, 그 현실은? / 이 덕 주 의과학자로서의 의사양성에 필요한 기초의학교육 / 한 희 철 기초의학 수련과정 표준화와 제도수립이 절실하다 / 이 혜 연 의사과학자 양성을 위한 정책 / 김 상 정 의료 R&D에서 기초의학의 중요성 / 선 경
47	의료정책 의약분업 재평가가 필요한 이유 / 김 양 군 지역사회 일차의료 시범사업 현황과 정책적 함의 / 조 정 진
60	보험정책 선택진료비 축소와 손실보전 방안 / 지 영 건 금연 수가화를 통해 본 임상예방서비스의 필요성 및 세계적 동향 / 조 비 룡 자동차보험의 심평원 위탁심사를 통해 살펴본 실손보험심사 심평원 이관의 문제점 / 서 인 석
83	포커스 사이비 의료와의 전쟁 / 조 동 찬 보건의료인 폭력 그 실태와 문제점, 대안은? / 장 세 진 5월 종합소득세 신고요령 및 절세전략 / 신 진 혜
102	의료와 법 수형자의 치료받을 권리에 대한 법적, 의료적 현황과 문제점 / 이 석 배 한의학의 안과 의료기기 사용 허용 관련 헌법재판소 판결에 대한 비판적 검토 / 이 동 필
119	연구보고 진단서 등 작성 교부·지침 연구 / 이 윤 성
124	해외의료정책 동향 미국의 전자건강기록 인센티브제도의 동향 / 김 계 현
129	신의료기술 동향
132	톡톡 씩씩
134	눈으로 보는 의료정책 - 한국의료패널 자료를 통해 살펴본 입원의료이용의 수도권 및 상급종합병원 집중 현상 / 신 호 성
137	권말부록 지상중계 : 제43차 의료정책포럼 - 공공보건의료인력의 현황과 문제점, 역량강화 방안 모색 국회 회의록

인 물

2015년 의료정책포럼 첫 호의 인물로 대한의사협회 제39대 회장 선거에 당선한 추무진 현 회장과, 삼성의료원장 출신으로서 최근 건강보험심사평가원으로 자리를 옮긴 이종철 진료평가심사위원장을 선정했다.

추무진 회장은 5명이 출마한 의협회장 선거에서 박빙의 승부 끝에 2, 3위와 근소한 표차로 당선했다. 내외적으로 혼란의 시기에 회장직을 맡아 내부 갈등 봉합에 부단히 힘써왔고 협상가와 투쟁가로서의 양면을 균형 있게 보여줘 왔지만, 비교적 낮은 득표율과 투표율은 향후 그가 극복해야 할 큰 과제가 아닐 수 없다. 선거운동과정에서 내걸었던 공약들을 이행해가는 과정에서 지지율 상승을 기대해본다.

이종철 심평원 진료심사평가위원장은 오랜 병원장으로서의 경험과, 미국에서 수행한 본인의 연구를 토대로 하여 의료현실을 제대로 반영한 진료심사평가기준을 만들어나가고 있다. 의료계와 국민을 ‘고객’이라고 여기고 긴밀히 소통하면서 조율사 역할을 해나가겠다는 그의 말에서 심평원의 긍정적 변화를 감지할 수 있다.

상호 협력할 일도, 대립할 일도 많은 의협과 심평원.
그 두 곳의 대표 인물들이 아무쪼록 우리나라
국민건강 증진과 의료 발전을 위해 성심을
다해주길 바란다.



회원 표심 회무에 적극 반영 “안정 속 혁신” 이루겠다



대한의사협회 제38대 회장 겸 제39대 회장 당선인 | 추 무 진 |

지난 2014년 6월 제38대 의협회장 보궐선거에 출마해 당선된 지 10개월 여 만에 재선에 성공한 추무진 현 회장. 그는 선거운동 기간중 “전쟁 중에는 장수를 바꾸지 않는다”, “안정 속 혁신”을 모토로 지지를 호소했다. 24.1%의 낮은 득표율이지만 추 회장은 다시 한번 회원들의 선택을 받는 데 성공했다.

추 당선인은 당선 소감에서 “연속성을 갖고 회무에 임해, 오랫동안 지속돼 온 불합리한 의료체계를 개선하여 환자건강을 위한 진료권과 전문성을 제대로 인정받는 의사로 살 수 있는 의료환경을 만들어 나갈 것”이라고 말했다. 표심에서 나타난 뜻을 회무에 백분 참고하겠다는 의사도 밝혔다.

앞으로 추 회장에게는 자신이 내건 공약들을 수행하기 위해 바쁜 행보가 기다리고 있다. 지난해 파업투쟁의 산물인 제2차 의정합의의 확실한 이행을 비롯해 △원격의료 및 의료약법 적극 저지 △한의학의 의료영역 침범에 대한 공세적 대응 △의대 인증 강화로 의대 입학정원 축소 △의약분업 재평가 △리베이트 쌍벌제 법적 투쟁 등에 박차를 가할 계획이다.

또 내부 개혁에 대한 회원들의 열망에 부응해 △의협 정관상 회원투표제 도입 △전공의 수련환경 개선 △여의사 회무 참여 및 모성 보장 △혁신 정책을 수행할 조직체 구성 △협회 재정 건전화 △회원 복지사업 다각화 △봉직의·대학교수의 회무 참여 보장 등을 약속했다. 의사의 사회적 신뢰 회복을 위해 대국민 봉사활동 추진을 강화하고, 전문가로서의 권위를 회복하기 위한 KMA POLICY 제정에도 각별히 힘쓰겠다는 각오다.

추 회장은 1986년 서울대 의대를 졸업하고, 동대 석박사학위를 취득했다. 의협 정책이사, 용인시의회장, 경기도의사회 대의원회 부의장, 순천향대 및 충북대 의대 교수, 메디서울이비인후과의원 원장을 거쳐 제38대 의협 회장을 맡고 있다. 39대 회장 임기는 오는 5월 1일부터 3년간.

의료현장 충실히 반영한 기준 만들기에 최선



건강보험심사평가원 진료심사평가위원장 | 이 종 철 |

‘Dr. 삼성맨’으로 불리던 이종철 전 삼성의료원장이 건강보험심사평가원 진료심사평가위원장으로 변신해 심평원의 변화와 혁신을 이끌고 있다.

이 위원장은 1973년 서울대 의대를 졸업하고 동 대학원에서 석·박사과정을 마쳤다. 이후 삼성서울병원에서 기획실장·진료부원장·병원장을 거쳐 삼성의료원장 자리에 올랐으며, 이견희 회장의 주치의를 지내기도 했다.

지난 1월 13일 위원장 취임 일성으로 그는, “의료현실과 의료현장을 충실히 반영한 급여기준 개선이 목표”라고 밝혔다. 병원장 시절 가장 힘들었던 점으로 진료재료의 임의비급여 문제를 들기도 한 이 위원장은, 환자를 살리기 위해 의학적 판단으로 하는 의료행위가 범법으로 몰리는 일이 없어야 한다고 힘주어 말한다.

이 위원장이 또 강조하는 것은 의료비를 줄이면서도 최적의 진료를 할 수 있는 여건 조성이다. 고령화로 인해 급격히 증가하는 의료비 지출과 건강보험 재정 부담 속에서도 최고의 진료를 할 수 있는 가이드라인을 만들어나가겠다는 포부를 갖고 있다.

유연한 리더십의 소유자인 그는, 국민·의료계·정부와 긴밀히 대화하고 교류하는 방법을 통해 급여기준 및 심사평가기준을 조율해나가고 있다. 그 일환으로 주요 종합병원으로부터 파견형식으로 심사위원을 받고, 기획위원회를 설치해 외부 목소리를 가감 없이 듣는 등 소통과 신뢰회복에 주력할 방침이다.

심평원의 빅데이터를 활용해 심사위원들이 1년에 1번씩 논문을 작성하고, 학회에서 발표할 기회도 만들어나갈 생각인 이 위원장. 그의 열정 어린 행보를 통해, 심평원이 고여 있지 않고 끊임없이 흘러가는 물이 될 수 있기를 기대해본다.

Research Institute for
Healthcare Policy
Korean Medical Association

▶▶ 권두논단

A pair of glasses and a stethoscope are resting on a white, curved surface. The glasses are positioned above the stethoscope. The background consists of vertical gray stripes of varying widths.

권 두 논 단

Post-2015 지속가능한 보건의료 개발의제의 비판적 고찰

최재욱

대한의사협회 의료정책연구소장 / 고려대 예방의학교실 및 보건대학원 교수
shine@korea.ac.kr



국제사회는 2000년 제정된 유엔새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs)를 통해 빈곤 퇴치라는 절대적 목표달성을 위한 다양한 노력을 기울여왔다. 올해로써 15년의 달성기한이 종료됨에 따라, MDGs의 가치와 달성현황을 분석하고 한계를 극복하여 새로운 지구촌 개발목표를 수립하고자 국제사회는 지난 3년에 걸쳐 UN 사무총장의 주도하에(유엔 시스템작업반, 고위급패널(High Level Panel, HLP), 사무총장보고서) 새로운 Post-2015 개발의제 수립에 대한 활발한 논의를 진행하여 왔다. 이에, 본고는 Post-2015 개발의제 수립에 앞서서 보건의료분야의 역할과 논의과정을 소개하고 문제점을 살펴보고자 한다.

1. Post-2015 개발의제 수립 경과와 의의

Post-2015 개발의제로서 지속가능개발목표(Sustainable Development Goals, 이하 SDGs)는 2012년 유엔지속가능발전총회(Rio+20)에서 처음 합의되었고 SDGs 개발을 위해 구성된 공개작업반(Open Working Group, OWG)의 13차에 걸친 회의 끝에 2014년 7월 최종 결과보고서가 제출되었다. 기존의 MDGs는 개발목표를 교육과 보건 등의 다소 좁은 범주에 국한시켜 빈곤의 근본적 원인인 불평등, 환경, 평화와 같은 문제는 제대로 논의하지 못했다는 평가를 받았으며, 목표이행 주체가 개발도상국으로 한정되어 있었다는 점과, 설정된 목표에 대한 구체적인 실천과 평가방안을 제시하지 못했다는 점 역시 한계로 지적되었다. 이와 비교하여, OWG가 제시한 SDGs는 전체 17개 목표와 169개의 세부목표를 통해 더욱 포괄적이고 세분화, 구체화 되었으며 참여와 책임 범위의 개방성 증대 및 광범위한 적용성을 추구하고 있다¹⁾.

이어, “Post-2015 지속가능발전의제에 관한 UN 사무총장 종합보고서(이하 SG보고서)”²⁾가 2014년 12월 공식 발표되었다. SG보고서는 SDGs의 17개 목표를 유지하면서 지속가능발전을 추진하기 위한 6대 필수요소(존엄성, 번영, 정의, 파트너십, 지구환경, 인간중심)를 제안하고 국가 차원에서의 이행과 글로벌 인식제고의 중요성을 강조하였다[그림 1], <표 1>.

1) Open Working Group, OWG Proposal for SDGs layout, 2014.7.

2) United Nations, The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet, Synthesis Report of the Secretary-General On the Post-2015 Agenda, 2014.

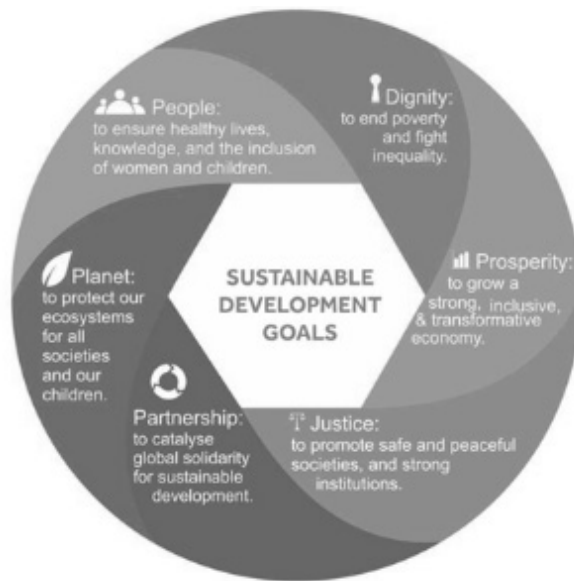


그림 1. 지속가능발전을 추진하기 위한 6대 필수요소

표 1. SG 필수요소와 SDGs분류

필수 요소		SDGs
존엄성(Dignity)	빈곤의 종식과 불평등 해소	목표1. 빈곤퇴치 목표2. 기아해소와 식량안보 목표10. 불평등 해소
번영(Prosperity)	강하고 포용적이며 전환적인 경제성장	목표8. 경제성장과 일자리 목표9. 인프라와 산업화 목표12. 지속가능한 소비와 생산증진
지구환경(Planet)	다음세대와 모든 사회를 위한 생태계 보호	목표7. 에너지 목표11. 도시 목표13. 기후변화 대응: UNFCCC 목표14. 해양자원 목표15. 육상생태계
인간중심(People)	건강한 삶과 지식보장, 여성과 아동 포용	목표3. 보건 증진 목표4. 교육보장과 평생학습 목표5. 성평등과 여성역량강화 목표6. 물과 위생 목표11. 도시
정의(Justice)	안전하고 평화로운 사회와 강력한 제도 조성	목표16. 평화로운 사회와 제도
파트너십 (Partnership)	지속가능발전을 위한 글로벌 연대 촉진	목표17. 이행수단과 글로벌 파트너십

출처: 김지현, 개발과 이슈 제22호, KOICA, 2015.1 (재인용)

SG보고서는 다양한 이해관계자들의 의견을 담아 중립적이고 균형적으로 작성되었다는 점에서 긍정적인 평가를 받은 반면, 여전히 너무 소극적이거나 미 언급된 관점과 정부 간 협상의 큰 방향성을 제시하지 못한 점 등과 같은 우려와 비판도 제기되고 있다³⁾⁴⁾, 유엔 회원국들은 2015년 1월부터 정부 간 협상에 착수하여 7월까지 연속회의를 통해 결과물을 확정된 뒤, 9월 유엔총회에서 “세계의 전환: Post-2015 개발의제의 이행”을 주요 주제로 최종 공표할 예정이다⁵⁾.

2. Post-2015 보건의료 개발의제 내용과 문제점

보건의료분야는 기존 새천년개발목표(MDGs) 8개 목표 가운데 3가지 목표를 차지했던 것과 같이⁶⁾, 국제개발협력에 있어서 그 중요성이 매우 크다고 볼 수 있다. Post-2015에서 보건의료분야는 인류의 지속가능한 건강수준 확보를 위한 포괄성과 구체성을 극대화하고, 전 국가적 참여를 촉구하는 방향으로 추진되어 SDGs의 전반적 취지에 부합하고 있다. 기존 MDGs에서 보건 영역은 영유아보건, 모성보건, 주요 감염성 질병 퇴치의 3개 독립적 목표로 수립되어 개도국과 보건취약 인구를 중심으로 다루어졌다면, SDGs는 17개의 다양한 글로벌 이슈들 중 하나의 세부 지속가능발전 목표 하에 전 인류의 보편적 건강증진을 추구하는 것이 특징적이다. SDGs의 목표3 ‘모든 연령층 모든 사람들의 건강한 생활과 웰빙 보장’이 보건의료 달성목표이다. 기존 MDGs 보건부문 목표 달성의 연장과 더 나아가 새로이 비감염성 질환, 물질 오남용, 외상, 정신질환을 조명하고, 개인습관·사회·환경적 건강요소와 보편적 의료보장(Universal health coverage, UHC) 및 글로벌 파트너십(Global partnership)을 포함하는 하위 13개 세부목표를 두고 있다. 이는 MDGs가 지향하였던 개발도상국, 특히 최빈국을 중심으로 설정한 목표와 기초 건강수준 확보와는 본질적으로 다른 접근방식을 지향하고 있음을 보여준다. 이외 간접적으로 건강 수준에 영향을 미치는 세부목표 2, 5, 6, 12이며, 일부 보건관련 내용이 언급되고 있다<표2, 3 참조>.

3) Smith, Ulysses(2014, December 8). Secretary-General Synthesis Report on Post-2015 Agenda: A Missed Opportunity. The Huffington Post.

4) 김지현. Post-2015 개발의제 동향연구. KOICA 개발과 이슈 제22호. 2015.1.

5) UN General Assembly(2013, July 26). A Life of Dignity for All: Accelerating Progress Towards the Millennium Development Goals and Advancing the United Nations Development Agenda Beyond 2015. Report of the Secretary General. New York: The United Nations (A/68/202).

6) Goal 4: Reduce Child Mortality; Goal 5: Improve Maternal Health; Goal 6: Combat HIV/AIDS, Malaria and other diseases.
<http://www.unmillenniumproject.org/goals/>

표 2. 작·간접 보건으로 연관부문 개발의제 비교

구분	새천년개발목표: MDGs(2000~2015)	지속가능발전목표: SDGs(2015~2030)
직접 연관	목표4. 유아사망률 감소	목표3. 모든 연령층의 모든 사람들의 건강한 생활과 웰빙 보장
	목표5. 모성보건 증진	
	목표6. HIV/AIDS, 말라리아 등 질병퇴치	
	목표8E. 제약회사와의 협력을 통해 개도국의 적절한 필수 의약품 접근성 확보	
간접 연관	목표1C. 1990년부터 2015년까지 굶주림으로 고통받는 사람들의 비율을 절반으로 감소	목표2. 기아해소, 식량안보와 영양상태 개선, 지속가능한 농업발전 증진
	목표3. 양성평등 및 여성능력 고양	목표5.6. 성과 생식보건, 생식권에 대한 보편적 접근 보장
	목표7C. 2015년까지 안전한 식수 및 기본위생의 지속가능한 접근성이 부족한 사람들의 비율을 절반으로 감소	목표6. 모든 사람에게 물과 위생의 이용가능성과 지속 가능한 관리 보장
	목표7. 지속가능한 환경 보장	목표12.4. 2020년까지 화학물질 및 유해폐기물 관리를 모든 주기에서 친환경적으로 관리하며, 인간의 건강과 환경에 대한 부정적 영향을 최소화하기 위해 대기, 물, 토양에의 유출을 현저하게 감소

표 3. SDGs 보건으로 목표3. 세부내용

WHO 제안에 따른 구분	지속가능발전목표: SDGs(2015~2030)
	Goal3. 모든 연령층 모든 사람들의 건강한 생활과 웰빙 보장
A. 기존 MDGs의 목표달성 연장: 모자보건, 주요 감염성 질환 관련 * 관련 MDGs: Goal 4. 유아사망률 감소, Goal 5. 모성보건 증진, Goal 6. HIV/AIDS, 말라리아 등 질병퇴치	3.1. 2030년까지 전 세계 모성사망률을 출산 10만 건 당 70건 수준으로 감소
	3.2 2030년까지 예방가능한 신생아 및 5세미만 아동의 사망 종식
	3.3 2030년까지 AIDS, 결핵, 말라리아, 소외열대질환(NTD)같은 전염병 종식 및 간염, 수인성질환, 기타 감염성 질환 퇴치를 위해 노력
B. 비감염성질환과 상해, 정신질환 부담 감소 관련	3.4 2030년까지 예방과 치료를 통해 비감염성 질환으로 인한 조기사망을 1/3 수준으로 줄이고 정신 건강과 복지를 증진
	3.5 마약성 물질 남용과 알코올 남용을 포함한 약물 오남용의 예방과 치료를 강화
	3.6 2020년까지 전 세계 도로교통사고로 인한 사망 및 상해를 절반으로 감소
C. 재정적 위험으로부터의 보호 포함, 보편적의료보장(UHC) 달성	3.7 2030년까지 가족계획, 정보와 교육, 생식보건을 국가 전략 및 사업에의 통합 등을 포함하여 성 및 생식보건 서비스에 대한 보편적인 접근 보장
	3.8 재정적 위험 보호, 양질의 필수 보건 서비스에 대한 접근, 안전하고 효과적이며 적정가격의 필수약품 및 백신에 대한 접근을 모두에게 보장함으로써 보편적 의료보장을 달성
D. 사회적, 환경적 건강결정요소 관련 * 관련 MDGs: Goal 8E. 제약회사와의 협력을 통해 개도국의 적절한 필수 의약품 접근성 확보	3.9 2030년까지 유해한 화학물질이나 공기, 식수, 토지 오염으로 인한 사망 및 질병을 대폭 감소
	3.a 모든 국가에서 적절하게 담배규제기본협약의 이행을 강화
	3.b 감염성/비감염성 질환에 대한 백신 및 의약품의 연구개발 지원과 공공보건의 보호, 특히 지적재산권협정조항에 따른 개도국 적정가격의 필수 의약품에 대한 접근 보장
	3.c 개도국 특히 최빈국과 국소도서 개도국에서의 보건 예산과 인력의 채용, 개발, 훈련, 확보를 대폭 확대
	3.d 모든 국가, 특히 개도국에서 조기경보, 재난위험경감, 국내/국제적 보건 위험을 관리하는 역량을 강화

출처: OWG Proposal for SDGs layout, 2014.7.

OWG의 SDGs 발표에 이어진 SG보고서에서는 인간중심의 지속가능발전과 보편성, 경제-사회-환경의 동반발전에 대한 원칙과 함께 6대 필수요소를 제안하였다. 건강증진은 그 중 인간중심(People) 요소로 분류하여 교육, 여성과 아동에 대한 폭력근절, 식수 및 위생문제 해결 등 지식배양과 여성 및 아동의 삶의 질 보장 등과 함께 모두의 건강한 삶을 추구할 수 있다.⁷⁾

SG보고서는 더불어 지속가능한 발전을 위한 필수요소와 함께 의제 이행수단의 구체화를 강조하였다. 지속가능발전목표의 이행을 위해서는 재원확보와 기술개발은 매우 중요한 요소라고 할 수 있다. 이를 위해서는 기업의 자발적 공공이익을 추구하는 체제로 인식의 전환이 필요하다고 강조하고 있다. 미래를 위한 재원확보(Financing our future), 과학기술과 혁신(Technology, Science, and Innovation), 역량강화를 위한 투자(Investing in capacities for sustainable development)라는 세 가지 이행수단은 보건의료분야에서도 적절히 채택하여 SDGs 달성을 위한 방향을 제시할 수 있다. 보건분야는 특히 공공분야 혜택을 증대시킬 수 있는 영역으로, 지속가능한 재원의 확보를 위해 국가별 정책과 법률 및 제도적 환경의 정비 및 일관성을 보장할 필요성이 있다. 안정적인 재원 확보를 위해 공공부문과 민간, 민관혼합금융을 모두 활용하는 것이 바람직하며, 특히 글로벌 보건기금과 같은 민관혼합금융 플랫폼 구축과 해외직접투자 확대를 위한 규제완화 및 투자환경조성, 개도국 의료인프라 구축을 위한 장기투자의 중요성 등을 강조할 수 있다.

다만, SG보고서는 혼합금융이 안고 있는 많은 위험요소에 대해서는 간과하고 있다는 우려의 목소리도 높다. 아울러, 오늘날 국가 간, 사회구성원 간 소득수준에 따라 접근 가능한 의료기술의 격차가 급격히 심화되고 있는 상황에서 이러한 불평등을 해소하고 보건의료 개발협력의 효과성을 극대화하기 위한 적정기술의 개발과 보급, 그리고 보건의료와 ICT와의 융합을 통한 효율성 향상도 중요할 것이다. 따라서, 개도국과 최빈국의 보건의료 체계를 정비하여 자립할 수 있도록 역량을 강화하는 것과 선진국은 사회 구성원간의 보건의료 불평등을 줄여나갈 수 있는 방향으로 이행수단이 보다 구체화될 필요가 있다.

3. 보건의료 SDGs의 문제점과 비판적 대안설정

인구 노령화와 만성질환 급증 등의 세계적인 질병구조의 변화 추세를 반영하여 SDGs가 이전보다는 다양한 보건문제에 대한 접근을 제시한 것은 충분히 가치가 있는 변화이다. 실제로 전 세계 사망원인을 분석하면 이미 오래전부터 암과 허혈성 심질환, 뇌졸중과 같은 만성질환이 감염성질환에 비해 훨씬 많은 비중을 차지하고 있는 것이 사실이다. 그러나 실제 국가 소득별 질병부담 통계 자료를 살펴보면, 여전히 저소득국가에서 건강에 위협이 되고 있는 감염성 및 기초 질환들에 대한 중요성을 간과할 수 없다. 저소득국가의 질병부담을 분석한 결과, 호흡기질환, HIV/AIDS, 설사, 말라리아, 출생시 합병증 등의 순으로 여전히 감염성질환이 주요 건강문제라는 것을 보여주고 있다[그림 2].

7) 김지현. Post-2015 개발의제 동향연구. KOICA 개발과 이슈 제22호. 2015.1.

2012					2000				
Rank	Cause	DALYs (000s)	% DALYs	DALYs per 100,000 population	Rank	Cause	DALYs (000s)	% DALYs	DALYs per 100,000 population
0	All Causes	507,628	100.0	59979	0	All Causes	581,460	100.0	89695
1	Lower respiratory infections	46,610	9.2	5507	1	Lower respiratory infections	60,127	10.3	9275
2	HIV/AIDS	34,610	6.8	4089	2	Diarrhoeal diseases	54,017	9.3	8333
3	Diarrhoeal diseases	33,538	6.6	3963	3	HIV/AIDS	53,968	9.3	8325
4	Malaria	26,359	5.2	3114	4	Malaria	39,574	6.8	6105
5	Preterm birth complications	26,026	5.1	3075	5	Preterm birth complications	30,093	5.2	4642
6	Birth asphyxia and birth trauma	23,863	4.7	2820	6	Birth asphyxia and birth trauma	26,742	4.6	4125
7	Protein-energy malnutrition	13,956	2.8	1649	7	Measles	21,326	3.7	3290
8	Tuberculosis	13,068	2.6	1544	8	Meningitis	16,607	2.9	2562
9	Neonatal sepsis and infections	12,694	2.5	1500	9	Protein-energy malnutrition	16,209	2.8	2500
10	Meningitis	11,445	2.3	1352	10	Tuberculosis	15,159	2.6	2338
11	Congenital anomalies	11,272	2.2	1332	11	Neonatal sepsis and infections	13,738	2.4	2119
12	Iron-deficiency anaemia	11,130	2.2	1315	12	Maternal conditions	11,318	2.0	1746
13	Stroke	10,811	2.1	1277	13	Iron-deficiency anaemia	9,428	1.6	1454
14	Road injury	10,310	2.0	1218	14	Stroke	9,139	1.6	1410
15	Unipolar depressive disorders	9,205	1.8	1088	15	Congenital anomalies	8,953	1.5	1381
16	Ischaemic heart disease	9,003	1.8	1064	16	Road injury	7,822	1.4	1207
17	Chronic obstructive pulmonary disease	8,454	1.7	999	17	Chronic obstructive pulmonary disease	7,310	1.3	1128
18	Maternal conditions	8,352	1.7	987	18	Ischaemic heart disease	6,897	1.2	1064
19	Interpersonal violence	5,927	1.2	700	19	Unipolar depressive disorders	6,896	1.2	1064
20	Drowning	5,874	1.2	694	20	Drowning	6,346	1.1	979

■ 그림 2. DALY estimates, 2000-2012 : World Bank income categories⁸⁾ ■

실제로, 빌멜린다게이츠 재단(Bill and Melinda Gates Foundation)⁹⁾의 경우도 감염성 질환, 영양실조, 영아 사망, 임신부사망 등 빈곤층에 집중되어 있는 건강문제와 극빈을 해결하는 것이 2015년 이후의 새로운 의제라고 주장하고 있다. 또한, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development(Germany)은 2015년 후에는 아동, 여성, 장애인 등 개도국 그리고 선진국 국가의 사회 취약계층의 보건을 개선하는 데 집중해야 하며, 여성의 교육과 출산 권리 보장과 유아들의 권리 보장이 더 강화된다면 원론적으로 문제를 해결할 수 있을 것으로 보고한 바 있다.

비감염성 질환의 문제의 크기와 분포의 관점에서 판단할 때, 비감염성 질환은 개도국 보다는 선진국 국민들에게 더욱 중요한 보건문제이며, 우선순위의 크기에 있어서 개도국과 선진국 간의 차이는 분명히 존재한다. 또한, 비감염성 질병을 post-2015 의제에 추가한다면 crowding out(밀어내기) 효과를 초래하고 질적인 의료서비스를 시행이 어려운 것에 대한 우려가 크다고 할 수 있다.

그 외에도, 2014년 전 세계를 공포에 떨게 했던 에볼라 감염병과 같이 범국가적 감염성 질환에 대한 국제사회의 대응도 중요한 이슈이며, SDGs에 반영하여야 한다는 요구도 있다.

UN 사무총장 종합보고서(2014년 12월)는 MDG를 통해 달성하지 못한 목표에 대해서는 새로운 지속가능발전 의제로 전환시켜야 하며, ODA재원은 최빈국(Least Developed Countries, LDCs), 내륙개발국(Land-Locked Developing Countries), 군소 도서 개발국(Small Island Developing States, SIDS) 등의 취약국가에 보다 집중해야 함을 시사하고 있다. 그러나 현재의 SDG로는 개발도상국의 건강불평등이 더욱 확대될 수 있으며, 이를 적절하게 대응하지 못할 것이라는 비판에 직면해 있다.

8) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

9) HEALTH IN THE POST-2015 AGENDA. Report of the Global Thematic Consultation on Health. April 2013.

2015년 7월 개발재원에 관한 국제회의(아디스아바바), 9월 UN 지속가능발전 특별정상회의, 12월 기후 변화협약당사국총회(COP 21)를 통해 새로운 개발의제의 실행채택을 앞두고 있다. 이러한 고위급회담에 앞서, 우리나라는 2015년 3월 현재, 지속가능한 개발의제 수립을 위하여 각 개발원조 관련부처와 민간 및 다자기구의 의견을 수렴 중에 있다.

지속가능 발전 새로운 의제 설정에 있어서, 의료계는 비감염성 질환의 문제점과 제한적인 적용, 그리고 전 지구적인 또는 국가 내 보건의로 불평등을 줄이기 위한 실행전략에 대한 대안을 제시할 필요가 있다. 개도국과 최빈국에 대한 지속가능 발전의제의 최우선적 적용과 전 지구적 감염성 질환에 대한 의제설정, 보편적 의료보장(UHC)의 실행을 담보할 수 있는 구체적인 이행방안에 대한 의료계의 의견을 시급히 모으는 것이 필요하다.

▶▶ 특집



특집 : 기초의학의 위기와 극복

기초의학의 인재고갈, 그 현실은? : 이덕주

의과학자 양성을 위한 기초의학 교육 : 한희철

기초의학 수련과정 표준화와 제도수립이 절실하다 : 이해연

의사과학자 양성을 위한 정책 : 김상정

의료 R&D에서 기초의학의 중요성 : 선 경

기초의학의 인재고갈, 그 현실은?

이 덕 주

가톨릭대 의대 생리학교실 교수 / 기초의학협의회 학술이사
djrhie@catholic.ac.kr



〈편집자주〉 전공자 수는 그 분야의 발전을 가능해볼 수 있는 바로미터다. 기초의학이 위기에 처했음을 단적으로 보여주는 것이 바로 전공자 수의 급격한 감소인데, 가르치는 사람과 배우는 사람 모두가 줄어들고 있다. 인력 추계상으로도 기초의학분야 교원 수는 계속 감소할 것으로 예상된다. 이로 인해 기초의학연구가 약화될 것이 우려되는 상황이다. 임상에만 치중해 기초가 부실해진다면 의학의 내실 있는 발전을 기대하기 어렵다. 사상누각이 될 수 있다. 기초의학 분야 인력 현황을 살펴본다.

서론

전통적으로 의학은 기초의학과 임상의학으로 대별된다. 물리학, 화학, 생물학(생명과학) 등의 기초과학과는 달리 기초의학은 질병을 이해하기 위한 전 단계의 의학의 여러 학문분야를 통칭한다. 우리나라에서는 전통적으로 1)해부학(조직학, 발생학 포함) 2)생리학 3)생화학/분자생물학 등 인체 구조와 기능에 관한 전공분야와, 4)병리학, 법의학 5)미생물학 6)기생충학 등 질병과 생체 반응에 관한 전공분야, 7)약리학 8)예방의학, 사회의학, 의료관리학, 산업의학, 계량의학, 의사학 등 질병 치료와 예방에 관한 전공분야 등 크게 8개 분야로 구분해왔다.¹⁾ 이러한 학문분야는 의과대학에 ‘교실’이라는 단위로 운영돼 교육과 연구의 근간을 이루며 발전해왔다.

그러나 최근, 연구의 고유영역이 허물어지고 통합강의가 보편화되면서 그간의 기초의학, 교실, 전통적인 기초의학 강좌명 등으로 규정되던 기초의학의 정체성이 도전받고 있다. 또한 임상분야의 비약적인 발전에 따라 상대적으로 기초의학의 중요성이 간과되고 있으며, 이에 수반된 전공자의 감소가 어우러져 기초의학의 위기로 인식되고 있다. 모든 학문 분야에서 전공자의 수는 학문의 발전에 중요한 지표가 되기에, 여기에서는 의과대학의 기초의학 전공자 수의 현황과 향후 예측을 통해 관련 정책에 도움이 되고자 하였다. 참고로 본 자료의 대부분은 2014년 12월에 발간된 대한의학회의 「의과학 선진화를 위한 기초의학 육성과 의사기초의학자 양성방안」 연구보고서의 자료를 발췌, 요약하였다.

“ 최근, 연구의 고유영역이 허물어지고 통합강의가 보편화되면서 그간의 기초의학, 교실, 전통적인 기초의학 강좌명 등으로 규정되던 기초의학의 정체성이 도전받고 있다. 또한 임상분야의 비약적인 발전에 따라 상대적으로 기초의학의 중요성이 간과되고 있으며, 이에 수반된 전공자의 감소가 어우러져 기초의학의 위기로 인식되고 있다. ”

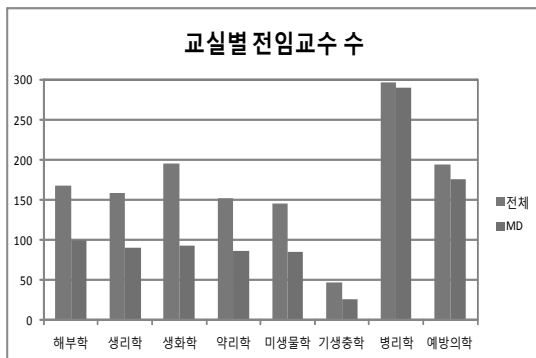
1. 기초의학 교수 현황

기초의학자 현황은 한국과학기술정보연구원 협회에서 2007년~2010년의 자료를 토대로 2013년 5월에 간행한 「의과대학·의학전문대학원 교육현황 제15집」을 기초로 하였다. 2011년 이전의 정년퇴직자를 제외할 경우 8개 기초의학분야의 총 전임교원수가 1,375명으로 기초의학협의회가 2011년에 조사한 설문을 바탕으로 2013년에 발간한 「기초의학 백서 제1집」에서 집계한 1,050명보다 많았으며, 연령별 분포와 기타 자료를 알 수 있어 현재 이용할 수 있는 자료 중에서 가장 적합한 것으로 판단되었다. 최종적으로는 총 1,356명의 2014년 재직자를 대상으로 분석하여 2014년으로 표시하였으나 2012~2014년도에 신규임용 자료는 포함되지 않았다. 또한 전통적인 기초의학의 분야라고 할 수 있는 8개 분야 중에서

1) 의과학 선진화를 위한 기초의학 육성과 의사 기초의학자 양성방안, 2014, 대한의학회.

진료를 담당하고 있지 않은 해부학, 생리학, 생화학, 약리학, 미생물학 및 기생충학 등 6개 분야에 집중하여 현황과 향후 예측을 하였다.

8개 기초의학교실별 전임교수 수와 MD교수를 그림 1에 표시하였다. 해부학, 생리학, 생화학, 약리학, 미생물학은 각각 150~200명의 전임교수와 50~60%의 MD로 구성되어 비슷한 인력 구성을 보였으나 기생충학의 경우 위의 교실에 비해 대략 1/3에 못 미치는 47명이었고 MD교수는 26명으로 인원 구성은 비슷한 비율이었다. 한편 전통적으로 기초의학교실에 속하나 병원에 설치되거나 업무상 임상적인 성격이 많은 병리학과 예방의학의 경우는 각각 297명과 194명의 전임교수로 구성되어 있으며, MD의 비율은 각각 98%와 91%였다. 병리학과 예방의학의 전임교수는 병원의 필요성에 의해 인력이 확보되는 등 다른 기초의학교실에서 인력 충원 양상과 차이를 보이고 있기 때문에 본 기고의 취지에 맞추어 이후의 통계자료에는 병리학과 예방의학은 포함하지 않았다.

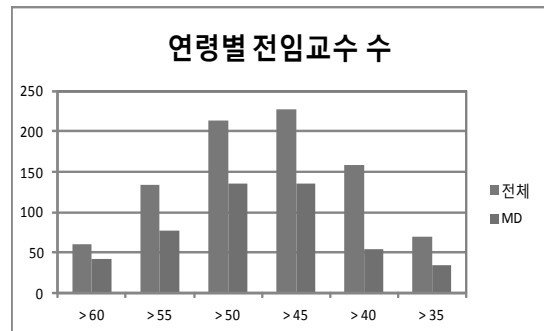


■ 그림 1. 기초의학교실별 전임교수 구성 ■

2014년을 기준으로 작성하였으며, 2011~2014년의 자료는 포함하지 않았음. (총 1,356명)

병리학과 예방의학을 제외한 전임교수는 총 865

명으로 MD는 481명인 55.6%를 차지하였다. 이들의 연령별 분포를 그림 2에 나타내었다. 51~55세와 46~50세에서는 200명이 넘었으나 41~45세에서는 150여명으로 감소하였고 36~40세에서는 62명으로 급격히 감소하였으며 31~35세의 8명을 포함하여도 70명에 불과하였다. MD의 비율은 61세 이상이 71%로 가장 많았으며 46~50세의 연령대에선 60% 내외의 비율을 차지하고 있었다. 그러나 45세 이하 연령군에서는 이 비율이 39%에 불과하여 인원의 감소뿐만 아니라 의대 졸업자의 기초의학 전공자도 급격히 감소하였다. 이러한 연령별 분포는 6개 기초의학교실에서 비슷한 양상을 보였다(대한의학회 연구보고서 참조).



■ 그림 2. 연령별 전임교수 및 MD 분포 ■

병리학과 예방의학을 제외하고 2014년을 기준으로 작성하였으며, 2011~2014년의 자료는 포함하지 않았음(총 865명). 36~40세는 신규 교수임용이 아직 이루어지고 있으며, 그 이하의 연령(8명)은 본 분포에 포함시키기에는 적합하지 않으므로 두 연령대를 합산하여 다른 구간과 동등성을 얻도록 하였다.

2. 기초의학자 향후 수급 예측

기초의학자 향후 수급 예측에는 앞의 그림과 같이 병원의 수요에 맞추어 수급이 되는 병리학과 예방의학을 제외한 6개 교실에 대해서만 시행하였다. 현재 확보하고 있는 31~35세의 자료는 예측자료로 충

분치 않으며 2011~2014년의 자료가 없기 때문에, 본 예측자료에서는 향후 5년 단위의 수급예측을 위해 36~45세의 전임교수 수를 둘로 나누어 5년 단위의 임용예측자료로 사용하였는데, 이렇게 할 경우 병리학과 예방의학의 경우 향후 15년간 현재의 인원이 유지되는 것으로 보아 본 방법이 적절하다고 판단되었다. 그러나 이러한 예측 방법은 최근의 병원 경영의 악화가 병리학과 예방의학에 비해 타 기초의학교실의 신규임용에 많은 악영향을 주는 상황에서 매우 보수적인 예측이라고 생각되며 실제로는 이보다 더 심각할 수도 있을 것으로 예상된다.

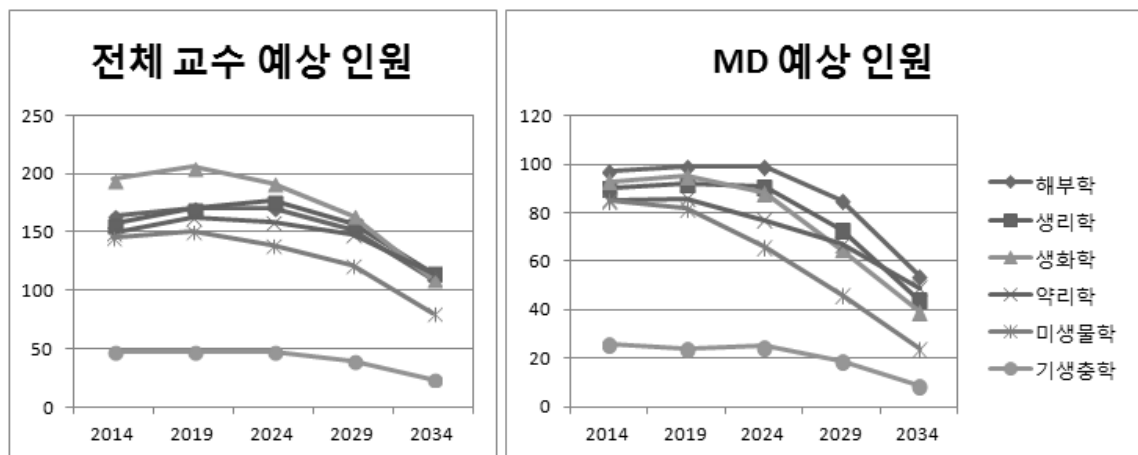
6개 교실의 전임교수 수와 MD 수에 대한 예상 인원을 5년 단위로 예측한 자료를 그림 3에 표시하였다. 향후 10년 정도는 정년자의 수와 신규임용자의 수가 비슷하여 인원의 변동이 크지 않으나, 15년 이후부터는 현재 46~55세의 많은 인원이 정년퇴직하면서 급격한 감소가 예상되었다. 특

히 미생물학의 경우 신규 충원이 비교적 적게 이루어져 이러한 감소가 10년째부터 시작되어 다른 교실보다 더 급격히 이루어지고 있고 생화학 및 기생충학과 더불어 20년 후에는 현재 인원의 50%선의 감소가 예측되었다. MD의 비율도 지속적으로 감소되어 현재의 56%에서 10년 후 50%, 15년 후 45% 및 20년 후 40%로 감소가 예상되었다.

3. 향후 연령별 기초의학자 구성의 변화

기초교수 요원의 절대 숫자 이외에도 교실별 인적 구성의 연령 분포도 기초교실 운영에 있어서 중요한 요소로 작용할 것으로 생각되므로 이에 대한 분석도 실시하였다(그림 4). 51세 이상의 교원이 차지하는 비율은 전체 6개 교실에서 2014년 현재 48%를 차지하고 있었으나 2019년에는 63%로, 2024년에는 68%로 늘어나 전체 교수 수의 2/3를 차지하였다.

56세 이상의 교원인 경우 2014년 23%에서 2019



■ 그림 3. 병리학과 예방의학을 제외한 기초교실의 전임교수 향후 예측 ■

현재 36~45세 교수 수의 평균으로 매 5년간 충원될 경우를 가정하여 2034년까지 5년 단위로 예상되는 전임교수 수.

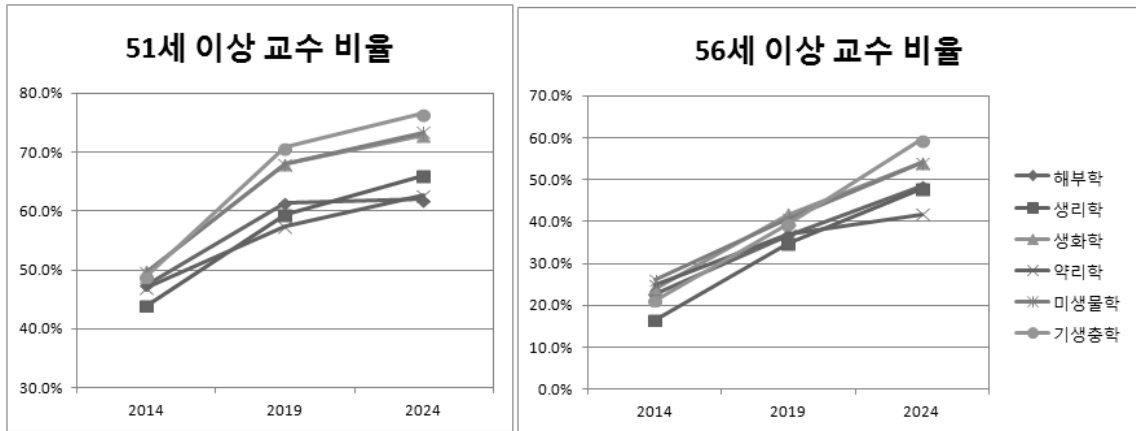


그림 4. 병리학과 예방의학을 제외한 기초교실의 51세 및 56세 이상의 전임교수 향후 예측

현재 36~45세 교수 수의 평균으로 매 5년간 총원될 경우를 가정하여 2024년까지 5년 단위로 예상되는 전임교수에서 분석하였음.

년 38%, 2024년에 50%로 증가하리라 예측되었다. 교실별로는 특히 기생충학이 10년 후 51세 이상의 교원이 77%를 차지하고 56세 이상의 교원은

60%를 차지하였다. 이같이 기초교실 인력의 역 피라미드 구조가 심화되는 현상은 기초연구 활성화에 한계로 작용할 가능성이 있다.

결론

앞에서 설명하였듯이 기초의학의 전임교수 수의 예측은 2014년 현재 36~45세의 전임교원수의 평균으로 지속적으로 총원될 경우를 가정하였다. 최근 들어 기초교수의 임용이 더 급격히 감소하고 있으며, 병원 경영이 획기적으로 좋아지지는 않을 것으로 예상되기 때문에 병원과 연결되어 있는 의대의 특성상 이러한 예상치는 낙관적인 예측이라는 비판도 있다. 그러나 이렇게 낙관적 예측을 하더라도 15년 후부터는 전체적인 인력이 감소하게 될 것으로 예상되며, 이미 두드러지게 나타나는

역피라미드형 연령분포는 10년 후에는 더욱 심화될 것이다. 교수로 임용되기까지는 학위는 물론 그 이상의 경력이 추가로 요구되고 있으며 남자의 경우 군복무기간이 추가된다는 점을 감안하면 의대 졸업 후 10년 정도의 기간이 필요하다. 또한 기초의학분야에 지원하는 기초의학전공의 수는 매년 전국적으로 10명 내외라는 점을 고려하면, 3) 기초의학의 발전은 커녕 쇠퇴를 막기 위해서라도 지금부터 인력수급에 대한 특단의 대책이 필요할 것으로 판단된다.



참고문헌

1. 의과학 선진화를 위한 기초의학 육성과 의사기초의학자 양성 방안. 대한의학회. 2014.
2. 의과대학·의학전문대학원 교육현황 제15집. 한국외과대학·의학전문대학원협회. 2013.
3. 기초의학 백서 제1집. 기초의학협의회. 2013.

의과학자로서의 의사양성에 필요한 기초의학교육

한 희 철

고려대 의과대학장 겸 제3대 의학전문대학원장 / 대한의학회 홍보이사
heehan@korea.ac.kr



〈편집자주〉 의료 선진국으로 도약하고 있다는 말이 무색하게 우리나라는 미국 등 선진국들에 비해 의과학자 양성과 배출에 너무 무관심하다. 기초의학 자체로서의 중요성, 임상과의 상관성에 대한 인식이 매우 부족하고, 의학의 학문적 발전을 장기적 관점에서 바라보는 안목 또한 결여돼 있다. 이는 성과 중심의 풍토도 한 몫 한다. 지금 어렵게 명맥을 유지하고 있는 MD-phD과정을 새롭게 활성화해 유능한 기초의과학자를 육성하자는 제안에 귀 기울여본다.

의과학자로서의 의사양성은 의과대학 학부교육 과정 중 기초의학교육을 시작으로 하여 이를 임상에서 체험하는 임상의학교육과정과 졸업 후 기초 의학을 전공하면서 심화된 연구과정을 통하여 이룰 수 있다. 의과학자로서 학부에서 인체에 대한 다양한 호기심을 가지고 졸업 후 대학원과정에서 보다 심화된 과정을 통하여 의과학자는 양성될 수 있는 것이다. 따라서 의과학자로서의 의사양성에 필요한 기초의학교육에 대하여 다음의 관점에서 문제점을 짚어보고 발전방향에 대하여 이야기하고자 한다.

1. 의과학자로서의 기초의학 전공자

의학계에서는 의과대학을 졸업하고 대개는 임상의학의 길을 택하지만 기초의학의 길을 가는 의사들을 “기초의학자”라 하며 보다 넓은 의미로는 “기초의과학자”라 한다. 인체에 대한 지식은 아직 까지도 모르는 것이 더 많으며 이를 위하여 의학자들은 끊임없는 연구를 수행하여야 한다. 기초 의학을 하는 의사들은 바로 이런 점에서 기초 의학을 택하여 홀로 긴 여행을 하고 있다고 생각한다. 그동안 기초의학적 연구를 바탕으로 인체의 생리적 기전이 밝혀지면서 인체에 대한 이해가 깊어지고 이를 바탕으로 질병의 기전을 이해하고 치료법을 개발하여 현재에 이르렀다. 이러한 의학적 발전이 바탕이 되어 현대의학이 현재에 위치에 있기는 하나 더 이상의 학문적 발전이 없다면 정체될 것은 불 보듯 뻔한 사실이다. 그렇다면 현재까지도 밝혀지지 않은 의학적 사실들은 누가 밝혀나갈 것인가? 의학의 분야도 다양하여 의학적 기전보다는 기술적 발전이 있어 발전하는 분야도 있지만 의학

“기초의학분야는 그야말로 미개척된 인체현상을 밝히기 위하여 어찌 보면 질병과의 보이지 않는 조용한 전쟁을 최일선에서 치루고 있다고 보아야 한다.

임상분야는 밝혀진 의학적 지식을 사용하여 환자에게 적용하는 역할이 대부분을 차지하지만 기초의학분야는 밝혀지지 않은 새로운 의학적 지식을 탐구하는 역할이 주된 것이다.”

전체로 본다면 아직도 인체에 대하여는 모르는 것이 더 많은 상태이다. 임상의학이 기존에 알려져 있는 의학적 지식과 기술을 토대로 임상에 적용하는 일을 주로 하며 일부는 질환의 기전 및 새로운 치료법의 개발을 위한 연구를 진행한다. 기초 의학분야는 그야말로 미개척된 인체현상을 밝히기 위하여 어찌 보면 질병과의 보이지 않는 조용한 전쟁을 최일선에서 치루고 있다고 보아야 할 것이다. 임상분야는 밝혀진 의학적 지식을 사용하여 환자에게 적용하는 역할이 대부분을 차지하지만 기초의학분야는 밝혀지지 않은 새로운 의학적 지식을 탐구하는 역할이 주된 것이다.

그렇다면 이러한 기초의과학자는 누가 관심을 가지고 소중하게 키워나가야 할 것인가? 우선적으로 의학계 자체가 가장 많은 관심을 가지고 이들이 미지의 의학적 진실을 찾을 수 있도록 잘 육성해야 하며 그 결과가 환자들에게 어떠한 영향을 미칠 지를 예의 주시하여야 하는 것이다. 또한 이들이 발견한 의학적 사실이 사회에 미치는 영향에 대하여는 의학계뿐만 아니라 정부와 사회 모두가 관심을 가지고 지켜보아야 하며 좋은 결과를 맺기

“의학을 공부함에 있어 대학의 아카데미즘이 상실되고 기술자를 양성하는 듯한 느낌을 지울 수 없는 것은 왜일까? 의과대학이 존재하는 이유에 대한 근본적인 점검을 해야 할 때가 되었다고 생각한다.”

위해서는 정부의 적극적인 투자가 우선 되어야 한다. 그러나 지금 우리나라의 현실은 기초의학자들에게 그들이 하고 있는 일이 과연 필요한 일인지 묻고 있다. 의학발전의 기초가 되고 현재까지의 의학을 만들어 온 기초의학의 필요성을 기초의학자 자신에게 스스로 증명해 보이라고 한다. 의학적 지식을 가지고 최일선에서 연구를 통하여 인체현상과 질병의 기전을 밝히고자 스스로 기초의학의 길을 택한 의사들에게 그들이 가진 리소스를 최대한 이용하여 의학발전을 시킬 것을 기대한다면 지금의 상태처럼 기초의학을 방치하는 것은 잘못된 생각인 것이다. 이러한 분위기는 현재 의과대학 교육의 새로운 방향수정을 하는 과정에서도 엿볼 수 있다.

2. 의과대학 교육목표로서 당연시되는 의과학자로서의 의사양성

오늘날에 이르러 우리나라 의과대학에서는 스스로 어떠한 인재를 양성할 것인지에 대하여 교육목표를 설정하고 이에 맞는 교육을 하고자 많은 노력을 하고 있다. 특히 일차 진료능력을 갖춘 의대졸업생을 양성하고자 교과과정의 개편, 임상술

기에 대한 교육강화, 의사국시에 실기시험도입 등 다양한 노력을 하고 있다. 이는 의과대학을 졸업하면 그러한 의사가 되어야 한다는 논리에 입각하여 다양한 방법을 동원하는 것은 당연한 것이며 세계적인 추세이다. 그러나 의과대학들의 교육목표를 살펴보면 거의 모든 의과대학이 요구하는 바람직한 의사상에는 의사과학자 역량, 창의적 탐구정신 또는 연구능력 함양 등의 다양한 표현으로 의과대학을 졸업하는 자는 의과학자로서의 연구능력을 갖추어야 한다는 내용을 포함하고 있다. 그렇다면 현재 우리나라의 의과대학은 의과대학생들에게 의학을 공부하는 동안 의과학자로서의 연구능력을 배양시키기 위하여 어떠한 노력을 하고 있는지 묻고 싶다. 의학의 기초적인 이론을 응용한 임상술기를 졸업 전에 몸에 익히기 위한 여러 가지 프로그램을 만들기에 집중함으로써 의학을 학문으로서 가르치지는 않고 기술로만 가르치고 있는 것은 아닌지 하는 의문이 든다. 의과대학의 교육목표가 일차 진료의사로서의 능력배양만이 유일한 목표라면 현재와 같은 교과과정의 변화는 당연하게 받아들일 수 있지만 모든 의과대학이 스스로 의과학자로서의 연구능력을 갖춘 의사를 양성하겠다는 현재 운영되는 교과과정은 의과대학 졸업자에게 의과학자로서의 연구능력을 요구하기에는 턱없이 부족한 교과과정이라 생각되기 때문이다.

의학을 공부함에 있어 대학의 아카데미즘이 상실되고 기술자를 양성하는 듯한 느낌을 지울 수 없는 것은 왜일까? 의과대학이 존재하는 이유에 대한 근본적인 점검을 해야 할 때가 되었다고 생각한다. 의과대학은 의학에 대한 아카데미즘을 통하여 의학연구의 최일선에 서서 의학적으로 해결

하지 못하는 문제점들에 대한 끊임 없는 질문을 던지며 해결책을 찾기 위한 연구를 지속적으로 수행하여야 한다. 비록 모든 졸업생들이 이러한 일을 할 수는 없다고 하더라도 이것이 의사들이 해야 할 일이라는 것과 유일하게 의사들만이 할 수 있는 일이라는 것을 마음에 새기고 졸업하는 것이 바람직한 교육의 결과이어야 한다고 생각한다. 만일 이러한 교육이 제대로 이루어졌다면 지금처럼 기초의학이 위기에 빠지지지는 않았을 것으로 생각된다. 의학을 과학으로 배우고 생각할 수 있는 능력을 배양할 때 우리는 의학의 발전에 대한 희망을 가질 수 있다. 따라서 기초의학이 부실해지는 것에 대한 염려는 의학계 모두가 머리를 맞대고 심각하게 고민해야 하는 문제인 것이다. 기초의학의 발전 없는 의학의 발전은 학문적인 면에서 진정한 의학의 발전이 아니라는 것은 의사들이라면 모두 잘 알고 있는 사실이다. 이미 밝혀진 의학적 사실들을 보다 잘 응용하고 잘 적용하는 것도 중요하지만 새로운 의학적 사실들을 찾아나갈 때 의학의 진정한 발전이 있는 것이다. 현재 의학계의 대부분을 구성하는 임상 의사들이 이러한 점을 절대로 간과해서는 안 된다는 것을 지적하고자 한다. 여기에서 기초와 임상을 나누어 이야기하고자 하는 뜻은 절대 아니며 의료계의 방향에 대한 결정을 함에 있어 기초의학전공자에 비하여 수적으로 절대적인 우위에 있으며 의학을 이용한 진료를 함으로써 국민과 정부에 더욱 가까이 다가가는 임상 의사들이 의학 바로 세우기에 보다 큰 역할을 할 수 있기 때문이다. 비록 지금까지는 이러한 점들을 미처 생각하지 못하여 현재의 기초의학이 위기를 맞고 있다면 지금부터라도 의대에서 교육받는 학생들에게 이러한 생각을 할 수 있도록 교육

**“일차진료를 할 수 있는 최소한의
의학적 기초지식만을 요구할 것이 아니라
의학에 대한 과학적 호기심을
극대화 할 수 있는 교육을 해줄 것을
요구하여야 한다.
노벨의학상의 공식명칭이
노벨생리의학상인 것은 생리학이 의학의
매우 기본적인 기초학문을 대표하는
호칭이고 의학의 발전은 이러한 근본적인
의학의 학문적 발전이 있어야 한다는
의미라는 것을 잊지 말아야 한다.”**

하는 것에 대하여 심각하게 고민하여야 한다.

우리는 과연 어떻게 의과학자로서의 의사를 만들 것인가? 일차진료가 가능한 의사를 만드는 일은 그동안 많은 노력에 의하여 가시적인 성과를 낼 정도에 이르렀다고 생각된다. 그러나 의과학자로서의 역량을 지닌 의사의 양성에 대하여는 예전에 비하여 변한 것이 없으며 어떠한 노력도 체계적으로 이루어지지 않았다. 의과학자로서의 의사는 너무도 당연한 이야기이므로 생각해 본 적도 없이 지내온 것은 아닌지 이제부터라도 모두 함께 고민하여야 할 것으로 생각한다. 의대생들이 의학 교육을 받는 과정에서 사람의 근본적인 생명현상에 대하여 보다 많은 호기심을 느낄 때 의학의 과학적 발전은 시작되는 것이며 희망 찬 미래가 열릴 수 있다. 이를 위하여 현재 기초의학을 전공하는 교수들에게 이러한 면에서 교육할 수 있는 여건을 마련해 주고 교육목표를 이룰 수 있도록 요구하여야 한다. 일차진료를 할 수 있는 최소한의 의학적 기초지식만을 요구할 것이 아니라 의학에 대한 과학적 호기심을 극대화 할 수 있는 교육을

해줄 것을 요구하여야 한다. 노벨의학상의 공식명칭이 노벨생리의학상인 것은 생리학이 의학의 매우 기본적인 기초학문을 대표하는 호칭이고 의학의 발전은 이러한 근본적인 의학의 학문적 발전이 있어야 한다는 의미라는 것을 잊지 말아야 한다. 그러므로 의과대학에서 기초의학을 배움에 있어서 의학의 학문적 매력에 흠뻑 빠질 수 있는 교과과정이 반드시 필요하다고 생각한다.

3. 의과학자로서의 의사양성을 위한 대학의 역할

1) 의과대학 학부에서 기초의학교육

의과학자로서의 의사를 양성하기 위해서는 의과대학 교과과정의 기초 및 임상 의 전체적인 통합과정보다는 기초의학에 대한 교육과정을 통하여 의학의 과학적인 면에 심취하는 시간이 필요하다고 생각된다. 즉 의학을 과학으로서 배우는 과정이 필요하며 이 과정을 마치고 임상으로 접어들면서 기초를 임상에서 활용하기 위한 중개과정이 있다면 기초에서 임상으로의 연착륙이 가능하다고 생각한다. 대학은 아카데미즘을 구현하는 곳이다.

“현재 의학계에서 심각한 상태인 기초의과학계에 대한 우려의 목소리가 큰 지금 정부와 의학계는 힘을 합하여 유능한 기초의과학자를 육성하기 위하여 현재까지 이상적인 제도로 생각되는 MD-PhD제도를 지속적으로 추진하여 우리나라 기초의과학이 세계적인 수준에 이를 수 있기를 바란다.”

의과대학 교육목표에서 의과학자로서의 의사를 양성하기를 원한다면 그에 걸맞는 교과과정을 가지고 있어야 한다. 일차 진료능력을 갖춘다는 목표만을 위한 교과과정은 의과대학 교육목표를 이루기에는 불균형적 형태를 가지고 있는 것이다. 따라서 기초의학에 종사하는 교수들에게 이러한 목표를 이루기 위한 교과과정을 개발하도록 요구하고 이러한 교과과정이 어떠한 효과를 내는지를 지켜보아야 한다. 교과과정의 중심을 어느 한쪽에 치우치도록 할 것이 아니라 기초와 임상의 적절한 균형을 유지하여야 일차 진료가 가능한 의사와 의과학자로서의 의사양성이라는 두 가지 목표를 이룰 수 있을 것이다.

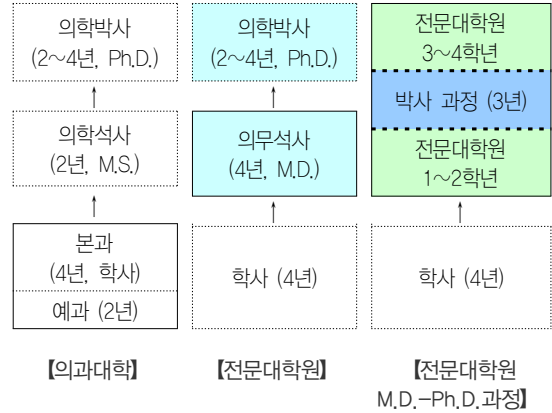
의학교육의 변화는 반드시 필요하지만 그 변화 속에는 의과학자로서의 의사양성에 필수적인 기초의학교육의 변화가 포함되어야 한다. 단순히 일차 진료가 가능한 의사를 만들기 위한 교과과정에 필요한 시간을 내기 위하여 기초의학을 배우는 시간을 줄이는 것만이 능사가 아니며 이에 대하여는 기초와 임상 모두가 합심하여 서로에게 귀기울이며 최선의 안을 만들기 위해 노력하여야 한다. 이렇게 함으로써 의과대학을 졸업한 의사들이 임상 진료 시에도 의과학자로서의 시각을 유지할 때 우리나라 의학이 많이 발전하고 세계의 의학을 선도할 수 있을 것으로 기대한다.

2) 의과대학 졸업자가 기초의과학자가 되기 위해서 필요한 요건

현실적으로 의대를 졸업한 기초의학자가 의과학자가 되기 위해서는 현재의 학부교육과정만으

로 실제 연구를 수행하기에는 부족한 부분이 많이 있다. 이를 보강하는 교육체제를 갖추지 않는다면 보다 효율적인 의학연구를 진행할 수 없으므로 분명히 특별한 교육과정이 필요하다. 이러한 특별한 교육과정의 대표적인 예가 MD-PhD제도이며(그림 1) 이에 대하여는 이미 많은 연구와 정책제언이 이루어졌으며 실제로 의학전문대학원과 함께 시작되었으나 현재는 매우 축소되어 시행되고 있어 안타깝게 생각한다. 이는 기초의과학을 바라보는 정부의 시각을 다시 한번 생각하게 한다. 미국의 경우 MSTP(Medical Scientist Training Program)을 통하여 우수한 기초의학과학자인 MD-PhD를 육성하여 의과학연구를 선도하게 하는 것과 비교하면 매우 답답하게 느껴진다. MD-PhD과정은 각 대학에서 다양한 형태로 시행될 수 있으나 기본적인 개념은 MD학위와는 별도로 PhD학위과정에 대한 이수가 필요하다는 것이다. 다만 다양한 MD-PhD 과정이 일정한 수준을 갖추도록 관리하는 역할을 할 기관을 지정할 필요가 있다. 또한 최근 발간된 기초의학발전보고서(대한의학회)에서 기초의학 전공의 수련과정의 표준화를 위한 제도적 장치를 제안한 것도 바람직하다고 생각된다.

현재 의학계에서 심각한 상태인 기초의학과학계에 대한 우려의 목소리가 큰 지금 정부와 의학계는 힘을 합하여 유능한 기초의학과학자를 육성하기 위하여 현재까지 이상적인 제도로 생각되는 MD-PhD제도를 지속적으로 추진하여 우리나라 기초의학과학이 세계적인 수준에 이를 수 있기를 바란다.



【그림 1. 의과대학, 전문대학원, MD-PhD 과정 비교
(대한의학회 기초의학전공 기초의학과학자 양성에 대한
연구보고서, 윤경식, 2014)】

4. 우리나라에서 의과학자로서의 의사 양성의 어려움

의과대학 학부과정에서 의과학자로서의 의사양성의 어려움은 교과과정의 개편과정 중에서 기초의학에 대한 인식의 차이에서 시작되었다고 전술한 바와 같다. 그러나 졸업 후 기초의학을 전공하는 의과학자를 위해 현재 진행되고 있는 MD-PhD제도가 이처럼 어렵게 유지되는 이유는 무엇일까? 이는 이제도에 대한 필요성을 정부가 절실하게 인식하지 못하고 있기 때문이다. 보건 의료 R&D를 살펴보면 비단 MD-PhD제도 만이 아니라 기초의과학에 대한 연구지원도 마찬가지로 문제점을 안고 있다. 미국의 경우 보건 의료 R&D의 99%를 미국 국립보건원(NIH, National Institute of Health)에서 사용하고 있다. 따라서 NIH는 의과학연구에 필요한 것이 무엇인지를 정확히 파악하고 필요한 곳에 적절하게 예산을 분배하여 보건 의료 R&D를

선도함으로써 현재의 세계적인 위치에 올려놓았다.

우리나라의 경우 미국에서 시작된 중개연구(Translational Research)를 도입하는 과정을 보더라도 의과학연구에 대한 기본개념을 다르게 갖고 있다. 미국의 경우 기초의과학과 임상연구가 각각 자신의 길로만 가는 것이 시너지 효과를 내기가 어려우므로 이 두 분야를 아우르는 중개연구가 필요하다고 판단하여 기존의 기초의과학 및 임상연구 예산은 그대로 유지한 채로 새로운 중개연구예산을 편성하여 두 연구 분야를 연결하는 중개연구를 활성화하고자 하였다. 그러나 우리나라의 경우에는 보건산업진흥원을 통하여 유지되고 있던 기초의학연구비를 없애버리면서 이를 중개연구예산으로 사용하기로 결정하였다. 이러한 상황에서 그렇지 않아도 많은 어려움을 겪고 있던 기초의학계는 매우 허탈한 마음으로 뒤돌아설 수밖에 없었던 것이다.

그렇다면 우리나라 의과학연구를 총괄하는 사령탑은 어디인가? 만일 우리나라의 보건의료 R&D를 하나의 사령탑에서 조정하였다면 이러한 일은 일어날 수 없었을 것이다. 왜냐하면 보건의료 R&D 전체에 대한 올바른 시각을 가지고 있다

“우리나라의 경우에는 보건산업진흥원을 통해 유지되고 있던 기초의학연구비를 없애버리면서 이를 중개연구예산으로 사용하기로 결정하여 그렇지 않아도 많은 어려움을 겪고 있던 기초의학계는 매우 허탈한 마음으로 뒤돌아설 수밖에 없었다.”

면 기초의과학의 중요성에 대하여는 이미 잘 파악하고 있었을 것이기 때문이다. 같은 논리에서 기초의과학의 미래를 보장할 MD-PhD제도도 잘 유지될 것이다. 우리나라의 보건의료 R&D는 규모도 문제이지만 효율성 제고를 위한 노력과 개혁이 반드시 필요한 시점이다. 보건의료 R&D의 효율성은 하나의 사령탑에서 기획하고 실행할 때 극대화 될 수 있다. 정부는 보건의료 R&D에 대하여 정확한 전체적인 시각을 가지기 위하여 현재 산재되어 있는 보건의료 R&D를 하나로 통합하고 이의 적절한 사용에 대하여는 의학계의 목소리에 더욱 귀 기울여 보건의료 R&D와 의과학자로서의 의사양성이 제대로 된 길을 갈 수 있도록 하여야 할 것이다.

5. 종합

의과대학 교육목표중 하나인 의과학자로서의 의사양성이라는 목표를 달성하기 위해서는 기초 및 임상을 포함한 의료계 모두가 합심하여 체계적인 교육과정을 개발하기 위한 노력을 경주하여야 한다. 그러나 아직까지 최상의 안을 도출하지 못한 현실적인 면을 감안한다면 학부 기초의학교육 과정에 대하여 기초 및 임상이 모두 합심하여 참여하는 심도 있는 논의를 통한 새로운 교과과정의 도출이 필요하다. 또한 졸업 후 기초의학을 전공하는 기초의학자에 대하여는 기존의 의과대학 학부과정과는 별도의 교육과정이 추가되어야 하며 현재 진행되고 있는 MD-PhD제도는 지속적으로 유지되어 우리나라 기초의학계의 미래가 보장되어야 한다. 이를 위하여 현재 심각한 상태에 이

른 기초의학계에 활력을 불어넣고 보건의료 R&D의 효율성을 극대화하기 위하여 다양한 부처에 산재되어 있는 보건의료 R&D를 통합하여 하나의 사령탑에서 전체적인 시각을 가지고 투자의 우선순위를 정함으로써 우리나라 보건의료 R&D의 효

과적인 발전뿐만 아니라 의과학자로서의 의사양성을 효과적으로 추진할 수 있기를 바란다.

참고문헌

- 김동익 : 기초의학 발전방안 보고서, 대한의학회(기초의학 발전TFT), 2014.
- 김용일 : 한국형 의사양성 교육설계와 졸업후 연수교육의 개선 방안. 학술원 논문집 제49집 1호, 143, 2010
- 서덕준 : 의학교육의 변화 속에 기초의학교육의 방향, 한국의학교육학회지, 25(2): 77, 2013.
- 승정현 : 보건산업육성을 위한 R&D 지원사업의 문제점과 개선과제, 국회예산정책처, 2013.
- 신익균 : 의과학자 양성을 위한 연구·교육 프로그램 개발, 교육과학기술부 정책연구보고서, 2011.
- 안영수 : 기초의학백서 제1집, 기초의학협의회(기초의학백서 발간위원회), 2014.
- 윤경식 : 기초의학전공 의과학자 양성에 관한 연구, 대한의학회 연구보고서, 2014.
- 임인경 : MD-PhD 복합학위과정은 정부가 육성해야 하는 국가성장동력, 대한의사협회지 제51권 6호(6월), 2008.
- 정병걸, 성지은, 송위진 : 플랫폼 연구로서 기초과학 육성과 과제, 과학기술정책연구소 과학기술정책 제23권 제3호, 2013

기초의학 수련과정 표준화와 제도수립이 절실하다

이 해 연

연세대 의대 해부학교실 교수 / 대한의사협회 학술이사

LEEHY@yuhs.ac



〈편집자주〉 의대 수의 증가로 기초의학 인프라가 일정수준에 미치지 못하는 대학이 늘어나고, 대학별로 편차가 심화되고 있다. 이로 인해 가뜰이나 위기에 처한 기초의학 교육의 질 저하와 하향평준화가 우려된다. 지난 2000년에 수련 지침이 제정된 바 있지만 지금은 유명무실해진 상태. 필자가 대책으로 제안하는 수련과정의 표준화와 인증제 도입에 대해 알아보고, 각 대학과 학회, 정부의 역할도 함께 고민해본다.

의사교육의 바탕이 되는 기초의학의 교육목표는 인체의 정상구조와 기능에 대한 지식을 쌓고 병인론을 이해하는 것이다. 이 지식이 근간이 되어야 각 질병의 특성과 치료법의 원리를 이해할 수 있다. 이러한 바탕이 없으면, 현장에서 지식의 원리를 바탕으로 지식을 활용하는 능력이 떨어진다. 더욱이 현존하는 지식으로 아직 해결되지 않은 질병의 근원을 밝히거나, 치료법을 모색하는 창의적 시도는 불가능하다. 기초의학에서 반드시 교육해야 하는 과목에서 해부학, 생리학, 약리학, 병리학, 생화학, 미생물학, 기생충학을 뺄 수 없는 이유다. 이들 중 병리학과 예방의학은 전문의제도를 운영하고 있어 수련과정이 관리되고 있으나, 해부학, 생화학, 생리학, 약리학, 미생물학, 기생충학 분야는 그 수련과정이 제도화되어 있지 않을 뿐만 아니라 표준화된 기준이 없다. 소위 의료인력 양성과정의 사각지대인 것이다.

전문의 제도가 없는 6개 분야의 수련기준도 일정 수준의 규격화된 지침으로 제시되고 제도화할 필요가 있다는 점에서 「기초의학 조교(교수요원) 수련지침」이 2000년에 제정되어 발간된 바 있다¹⁾. 이 수련지침이 발간된 시기는 신설대학의 급격한 증가로 의과대학이 41개로 늘어났고, 무리한 의대 신설로 각 대학의 연구와 교육환경의 편차가 심한 상황이었다. 기존 대학에서도 부족했던 기초의학 교수요원을 신설 대학이 충분히 확보하기 어려운 형편이었다. 대학평가 기준에서 초기에 제시된 기초의학 교원 기준 수가 조정된 배경도, 무리한 대학 수의 증가에 그 원인이 있었다. 이러한 상황에서 기초의학 조교지침이 발간된 배경은, 기초의학

“기초의학 전체가 붕괴되기 전에 이를 막는 방법은 하나밖에 없다. 기초의학 수련과정을 표준화하여 대한민국 41개 대학의 기초의학교실의 수준을 일정수준 이상으로 올리는 것이다. 모든 기초의학교실이 일정수준 이상의 표준화된 수련과정을 운영하고 있다는 것은, 모든 의과대학에서 기초의학 교육이 기본적인 수준으로서는 시행되고 있다는 것도 의미한다. 그래서 수련과정의 표준화가 중요한 것이다.”

인프라의 수준이 일정기준에 미치지 못하는 대학이 늘고, 대학별로 그 수준의 차이가 심해질수록 국내 기초의학의 발전에 장애가 올 수 있음을 인지하였던 기초의학계와 대한의학회의 해안이 있었기 때문이다. 대학별 기초의학 인프라의 편차가 심화하지 않도록 하기 위해서 일정수준의 규격화된 수련지침을 제정하고, 이러한 수련이 가능하도록 대학과 기초의학계가 노력해야 한다는 메시지가 이 수련지침에 담겨있다. 그러나 당시 제정된 이 수련지침을 구체적으로 실현하기 위한 방안이나 제도가 뒤따르지 않은 상태에서 지침으로만 남게 된 것이 매우 안타깝다. 그 당시 이 수련지침을 만든 분들이 우려한 대로 대학별 기초의학 인프라의 편차는 점점 심해졌고, 2015년 현재 기초의학은 붕괴직전에 이르렀다. 15년 내로 차세대 기초의학 교육자를 기르지 못한다면 고사될 상황인 것이다.

1) 기초의학 조교(교수요원) 수련지침, 2000년, 대한의학회.

“임상의학과와 연계는 각 학문에 대한 지식이 성숙했을 때 일어나며, 단지 인위적 통합으로 가능하지 않다. 몸의 해부학적 구조를 부실하게 배우고, 인체의 항상성을 유지하는데 필요한 호흡생리, 순환생리, 신장생리를 제대로 배운 적이 없는 의사들이 양산되고 있는 현실의 심각함에 주목해야 한다.”

기초의학 전체가 붕괴되기 전에 이를 막는 방법은 하나밖에 없다. 기초의학 수련과정을 표준화하여 대한민국 41개 대학의 기초의학교실의 수준을 일정수준 이상으로 올리는 것이다. 모든 기초의학교실이 일정수준 이상의 표준화된 수련과정을 운영하고 있다는 것은, 모든 의과대학에서 기초의학 교육이 기본적인 수준으로는 시행되고 있다는 것도 의미한다. 그래서 수련과정의 표준화가 중요한 것이다.

기초의학 교육자가 부족한 현상의 심각성은, 대한민국 상위 1%를 선발하여 수준이하의 교육을 시키고 있음을 의미한다. 즉 의사를 의학자로 육성하지 못하고 의료기술자로 양성하고 있음을 드러내 보이는 지표인 것이다. 이러한 교육의 부실이 현재와 같은 통합교육시스템에서는 잘 드러나지 않아, 그 심각성을 파악하기 어렵다는 것이 더 큰 문제이다. 이러한 시스템에서 학생들의 학습형성평가가 가능한가?

기초의학 지식의 중요성은 의과대학 1학년 학생이 이해할 수는 없다. 이해하면 기억하기 쉬우니 이해시키라고 강조하나, 아직 의학에 입문한 학생이 기

초의학의 학문적 요소를 모두 이해하고 기억하기를 바라는 것은 모순이다. 임상의학과와 연계는 각 학문에 대한 지식이 성숙했을 때 일어나며, 단지 인위적 통합으로 가능하지 않다. 몸의 해부학적 구조를 부실하게 배우고, 인체의 항상성을 유지하는데 필요한 호흡생리, 순환생리, 신장생리를 제대로 배운 적이 없는 의사들이 양산되고 있는 현실의 심각함에 주목해야 한다. 기본적인 기초학 지식을 모두 기억하고 있어야 각각을 임상의 지식과 연계하여 활용할 수 있으나, 기억하는 기초지식이 없으니 질병으로 인한 변화나 치료효과들을 모두 암기할 수밖에 없고, 새로운 치료법이 나오면 또 통째로 암기하게 된다. 인체의 구성도 잘 알지 못하고, 하나의 시스템이 몸의 다른 시스템에 어떠한 영향을 주는지도 모르니, 규정된 치료법이 없으면 알고 있는 지식을 활용할 방법도 모르게 된다. 의학의 기본지식을 과학적으로 배워 알고 있는 차세대 의사만이 다른 의료인력들과 정확한 원리를 공유하며 리드할 수 있다. 과연 이러한 의사가 되도록 교육할 환경이 되는가?

기초의학 교육이 부실해지지 않도록 기초전공의 수련하는 규정과 제도가 필요한 이유는, 이러한 교육과정을 수행할 인프라 없이는, 의학도를 우수한 의학자로 양성할 길이 없기 때문이다. 이를 위해서는 기초의학 수련과정의 표준화와 인증제도 제정이 대한민국 의료수준의 향상과 의학계의 발전을 위하여 시급히 시행되어야 한다.

기초의학 각 분야의 표준화된 수련내용은 마련되어 있는가?

기초의학의 전문성을 일정수준으로 확보하기 위

해서는 표준화된 수련내용이 중요하다. 현재와 같이 기초전공의의 전문성을 박사학위만으로 증명하는 것은 적절치 않다. 학위는 연구수행 능력을 증명할 뿐이기 때문이다. 해당분야의 교육자가 될 전문성을 판별할 방법은 결국 그 인력이 필요한 전문분야에서 수련을 하였는가로 판정하는 수밖에 없다. 모든 의학분야가 표준화된 수련과정을 중요시하는 이유다.

2000년에 대한의학회가 발간한 「기초의학 조교 수련지침」을 현재에도 적용할 수 있다면, 바로 수련 지침으로 사용할 수 있을 것이다. 당시 지침서에서는 기초의학에서 수련하는 의학사를 조교(교수요원)로 정의하고 기술하였으나, 현재는 BK사업 이후 조교나 대학원생이 다양해졌으므로, 설명의 편의를 위해 기초의학 조교(교수요원)을 기초의학전공의로 칭하고 설명하고 그 내용을 정리하였다.

6개 기초의학 분야 공통으로 그 수련목적은 기초의학전공의가 해당 전문분야의 교육과 실습을 담당할 수 있는 교육자로 성장하며, 관련분야의 연구를 계획하고 진행할 수 있는 실험기법을 익히고 수행할 수 있는 연구자가 되는 것으로 정의하고 있다. 이에 더하여 학교 행정업무능력과 학회 활동능력을 함양할 것도 요구하고 있다. 즉 수련이 끝난 기초전공의가 교수이자, 연구자이자, 대학행정가이자 학계 지도자가 되어야 함을 암시하고 있다. 앞으로 이와 같은 여러 업무에 소모될 수 있음도 단적으로 나타내는 수련목표라 하겠다.

6개 전문과목은 모두 4년간의 수련과정을 제시하고 있다. 각 과목의 특성에 따라 교육분야의 구체적 목표와, 연구분야의 구체적 목표의 세부내용은 달

“2000년에 제정된 수련지침에서 이미 6개 기초분야 각각의 특성에 잘 맞는 교육수련 및 연구수련 내용과 수련과정의 내용을 잘 구체화하여 지침으로 제공하고 있으므로, 각 학회가 이것을 잘 활용하고, 이 시대에 꼭 필요한 내용만 보완한다면 모든 대학의 수련현장에서 적용할 수 있는 수련기준을 확정할 수 있다. 이러한 수련기준이 정해져야, 각 대학이 스스로 교육환경을 평가하여 보완할 것이다.”

랐으나, 연차별 수련과정은 일정한 유형의 규칙을 가지고 있다. 교육과정 수련내용은 의학과 학부의 강의를 수강하고 실습에 참여하며, 수련 연차가 증가할수록 실습진행과 지도 및 실습강의를 독자적으로 할 수 있는 능력을 함양하도록 구성되어 있다. 연구과정은 3,4년차에 독자적인 실험계획과 수행이 가능하도록 연차별로 구별해 규정하고 있으며, 학회 참여와 발표 횟수 및 논문 게재 편수도 규정되어 있다. 일부 분야에서는 대학원과정을 필수로 이수하도록 규정하였다.

각 학문별로는 교육과정의 구체적 목표에서 뚜렷한 차이를 보인다. 반드시 수련해야 하는 교육과정의 핵심을 다음과 같이 정리하였다. 생리학 교육수련의 기본과정은 ①순환 및 혈액생리 ②호흡생리 ③ 신장생리 ④소화생리 ⑤신경생리를 기본으로 제시하고 있다. 생화학은 ①세포의 구성과 생물 분자의 구조 및 기능 ②인체 대사와 생체에너지, 영양생화학 ③유전 정보의 전달 및 유전자

**“6개 기초의학 분야 공통으로 그
수련목적은 기초의학전공의가 해당
전문분야의 교육과 실습을 담당할 수 있는
교육자로 성장하며, 관련분야의 연구를
계획하고 진행할 수 있는 실험기법을
익히고 수행할 수 있는 연구자가 되는
것으로 정의하고 있다.”**

발현 조절 ④암세포 생화학 및 분자생물학에 대한 교육을 기본과정으로 제시하고 있다. 약리학은 ① 자율신경계 및 중추신경계 약리 ②순환기 및 신장 약리 ③호흡기계 및 소화기계 약리 ④내분비약리 ⑤독성 및 분자약리 ⑥임상약리 및 화학요법에 대한 교육을 기본과정으로 제시하고 있다. 미생물학은 ①세균학 ②면역학 ③바이러스학 ④진균학에 대한 교육을 기본과정으로 제시하고 있다. 기생충학은 ①기생충 분류학 및 역학 ②인수공통감염기생충 ③의용절지동물학 ④기생충 면역학에 대한 교육을 기본과정으로 제시하고 있다. 해부학은 교육하는 전문과목이 4개이다. 해부학은 9개국소부위의 수업참여와 해부실습지도가 가능한 교육수련을, 조직학은 6개의 계통별 조직학 내용을, 신경해부학은 5개 뇌와 척수영역의 지식을, 발생학은 배자발생까지의 일반발생학에 대한 내용을 교육과정으로 수련할 것을 명기하고 있다. 각 과목의 무게가 커서, 각 분야 하나의 수련내용이 개별 전문과목과 비슷한 것에 주목해야 한다. 즉, 해부학 전공자에게 많은 교육수련업무가 요구되며, 이론적으로 4년 수련기간 동안 각 세부과목의 교육수련을 1년씩만 할 수 있으므로, 연차별로 세부과목의 교육수련단계를 높이지 못할 수 있다.

따라서 향후 해부학 전공의는 인체해부학의 교육수련은 단계별로 하고, 조직학과 신경해부학 발생학의 교육수련은 학교별로 특성에 맞게 수련과정을 정하도록 하는 등의 세부수련계획이 요구된다. 필요하면 해부학분야의 교육수련과정 연한을 늘리거나, 각 세부과목별로 단계별 수련이수토록 하여, 교육수련과목을 세부전문의처럼 구별할 수 있어야 충실한 수련이 될 수 있으므로, 이러한 세부 교육 전문과정에 대해서는 점차적으로 발전시켜야 할 것이다. 수련과정의 내용을 근거로 한다면, 각 대학이 충실한 교육을 위하여 각 세부 분야별로 교육 인적자원이 충분한지에 대한 점검도 필요하다.

연구분야의 구체적 목표는 6개 학문이 모두 공통으로 1)실험실의 기본적 약품관리와 안전수칙을 숙지할 것과, 2)실험기술로는 분자생물학적 기법, 세포배양, 생화학기법, 형태학적 연구방법 및 통계처리와 논문작성법을 수련내용에 포함하고 있다. 이외에, 생리학과 약리학은 세포생리 및 전기생리학적 실험 방법의 수련을 요구하고 있다. 기생충학은 대변검사를 포함한 많은 기생충학적 수기를 수련하는 것을 지침으로 하고 있다. 해부학은 육안해부학 연구를 위한 인체표본 방부 보관법과 해부연구방법, 영상해부학 및 임상해부학 연구방법, 혈관주입법과 해부기법, 조직표본 기본제작법과 함께 전자현미경까지 아우르는 조직학적 연구기법을 수련지침으로 명시하였다.

2000년에 제정된 수련지침에서 이미 6개 기초분야 각각의 특성에 잘 맞는 교육수련 및 연구수련 내용과 수련과정의 내용을 잘 구체화하여 지침으로 제

공하고 있으므로, 각 학회가 이것을 잘 활용하고, 이 시대에 꼭 필요한 내용만 보완한다면 모든 대학의 수련현장에서 적용할 수 있는 수련기준을 확정할 수 있을 것이다. 이러한 수련기준이 정해져야, 각 대학이 스스로 교육환경을 평가하여 보완할 것이다. 또한 학회들은 개별 대학 사정상 수행할 수 없는 내용이나, 다른 기관의 도움이 필요한 수련을 위해 학회별로 연수교육을 시행하면 대학별 수련과정의 편차를 줄일 수 있다. 또한 기초의학 학회 간에 공통되거나 연관된 교육내용을 교류하면 수련내용의 질을 향상시킬 수 있다. 따라서 조속히 학회별로 표준화된 수련내용을 제정하고, 대학별 상황을 점검하며 학회가 시행해야 할 구체적 관리와 교육프로그램에 대해 고민을 하여야 한다. 이러한 노력을 통해 수련인증 제도가 시행될 수 있는 바탕을 마련해야 할 것이다.

기초의학전공의 수련과정 표준화를 뒷받침할 수련인증제도

기초의학전공의 수련 지침에서 가장 중요한 것은 교육수련과정이다. 모든 의과대학에서 충실한 기초의학 교육을 시행될 수 있는 기본 인프라를 구축하는 것이기 때문이다. 교육수련이 일정수준 이상으로 시행되도록 환경을 만들고, 지원하고 점검하는 제도가 그래서 중요하다. 아무리 좋은 지침이라도 이를 시행할 규정 없이 시행될 수는 없다. 잘 마련된 수련지침이 그저 권고사항으로 끝난다면 아무 소용이 없기 때문이다. 이미 15년 전에 대한의학회가 기초의학회의 의견을 수렴한 이

상적인 수련지침을 발표하였으나, 제도가 없으면 실현되지 못한다. 수련시행을 감독하고 관리하는 기구가 없고, 수련의 인증과 자격부여에 대한 논의조차 없다면, 수련을 위한 좋은 환경을 만들 필요가 없다. 이를 시행할 대학의 우수성이 인정되지도 않는다면 수련환경의 개선을 위해 노력할 필요도 없는 것이다. 제도가 없으니 좋은 수련지침이 있음에도 불구하고 기초의학 수련환경은 변하지 않았고, 오히려 지난 15년 동안 내리막길만 걸었다.

따라서 대학 현장에서 그 수련이 제대로 시행되고 있는지에 대해 감독하고 관리하는 기구와, 수료가 완료되면 이를 인정하는 절차와 제도가 반드시 필요하다.²⁾³⁾ 기초전공의 수련표준화를 위한 인증제도를 단순히 보호나 진입장벽설치 등으로 오해하여 폄하하지 않아야 한다. 기초의학을 하려고 지원한 전공의들이 충분한 수련을 받지 못하여 본인의 전문성에 대해 고민하는 현실을 보았

“기초의학을 하려고 지원한 전공의들이 충분한 수련을 받지 못하여 본인의 전문성에 대해 고민하는 현실을 보았거나, 41개 의과대학 중, 기본적인 기준에 맞는 교수요원을 확보하고 기본적 교육을 충실히 시키고 있는 곳이 많지 않다는 것을 알게 된다면, 이 인증제도의 도입이 얼마나 시급한지를 알게 될 것이기 때문이다.”

2) 대한의학회, 기초의학전공 의과대학 양성에 관한 연구, 윤경식·조영욱·김재우·김호식·이차율, 2014년 7월 25일.

3) 의과학 선진화를 위한 기초의학 육성과 의사 기초의학자 양성방안, 2014, 대한의학회.

**“교육부는 이미 대학의 교육과정이
충실히 이루어지는지를 관리하는
기관으로서 의과대학의 충실한
교육과정을 위하여 기초의학전공의
육성프로그램을 만들어 지원해야 한다.
기초의학자들이 우수한 교수요원으로
성장하는 과정에 투자하는 것이, 결국
대한민국 우수인재들이
진정한 의학자로 성장할 수 있는
밑거름을 만드는 길이기 때문이다.”**

거나, 41개 의과대학 중, 기본적인 기준에 맞는 교수요원을 확보하고 기본적 교육을 충실히 시키고 있는 곳이 많지 않다는 것을 알게 된다면, 이 인증제도의 도입이 얼마나 시급한지를 알게 될 것이기 때문이다.

대한민국 41개 의과대학이 모두 기본적인 기초의학 교육을 할 수 있도록 하기 위해서는 제도화된 수련관리가 필요하다. 차세대 기초의학 교육자를 양성하는 시간이 최소한 십년은 필요하므로 제도화를 서둘러야 한다. 수련 지방자를 해마다 받지 못하는 기초의학회의 상황을 감안하면 각 학회의 교육 수련이사들이 모여, 기초의학협회의를 중심으로 수련제도의 관리와 시험을 효율적으로 관리하는 것이 필요하다. 개별학회의 수련관리제도가 정착되기까지는 기초의학협회의가 관리주체가 되어 수련과정 감독과 시험시행 인증서 또는 자격증을 발부하여야 할 것이다.

이와 함께 각 대학은 수련과정을 이수한 기초전공의들에게 전공별로 수련인증서를 교부하고

수련기관으로서 인프라를 갖추도록 노력해야 할 것이다. 또한 수련과정의 표준화가 이루어지도록 의과대학·의전원협회 내에 관리시스템을 갖추어야 할 것이다.

또한 이 제도의 성공적 운영을 위해서, 의과대학 평가시 반드시 기초의학전공의를 위한 수련제도를 운영하고 있는지와, 전공의를 얼마나 확보하고 육성하고 있는지를 분석할 필요가 있다. 이는 기초의학 교육을 충실히 하고자 하는 대학의 의지를 나타내는 항목으로 평가할 수 있다. 이는 각 대학이 차세대 교육을 위한 교수요원 육성을 위해 노력하는지가 드러나는 지표가 될 것이다.

교육부는 이미 대학의 교육과정이 충실히 이루어지는지를 관리하는 기관으로서 의과대학의 충실한 교육과정을 위하여 기초의학전공의 육성프로그램을 만들어 지원해야 한다. 기초의학자들이 우수한 교수요원으로 성장하는 과정에 투자하는 것이, 결국 대한민국 우수인재들이 진정한 의학자로 성장할 수 있는 밑거름을 만드는 길이기 때문이다.

또한 각 대학은 부속병원의 설립요건으로서만 존재하지 말고, 부속병원이나 의료원의 수익이 반드시 차세대 의학도 교육을 위해 쓰이도록, 우수한 기초의학교수 양성을 지원하는 프로그램을 운영하여야 할 것이다. 기초의학교육은 각 대학이 의료계에 의학자를 배출할 것인가 의료기술자를 배출할 것인가를 결정하는 중요한 과정이기 때문이다.

수련인증이 시행되면 향후 임상-기초수련 교류는 물론 수련과정에서 해외교류를 활성화 할 수

있다. 임상의 세부전문의 수련에 기초의학 수련과정을 운영하는 것도 가능하다. 기초의학수련을 병행한 임상의학자가 성장할 발판도 될 것이다.

기초의학회는 모두 합심하여 서둘러 이 제도가 정착되도록 노력하여 기초의학전공의를 양성해야 한다. 제도화되기 전에라도 시범적으로라도 시작하여 검증할 필요가 있으며, 제도권 내에서 인증

받을 수 있게 노력해야 한다. 이 제도의 정착을 위하여 수련교육의 기준을 만들고 감독할 기초의학회와, 수련의 현장을 책임질 의과대학·의전원협회, 그리고 수련과정 인증과 고시를 통하여 자격증을 부여할 대한의학회의 전폭적 협력과 지원이 필요하다. 모두의 노력으로 표준화된 수련과정이 시행되기를 소망하며 이 글을 마친다.

의사과학자 양성을 위한 정책

김 상 정

서울대 의대 생리학교실 교수

sangkim@snu.ac.kr



〈편집자주〉 해외의 경우 기초의학 연구역량을 갖춘 임상의학의 연구성과가 의과학 발전에 크게 기여하고 있다. 우리나라는 의사가 의과학연구를 수행하기에 척박한 현실이다. 의대와 병원으로만 집중되는 우수 인재를 의사과학자로 육성하고 의과학을 활성화할 수 있는 좋은 방안이 없을까. 「기초원천 연구분야의 MD 및 MD-phD 활용 강화방안 연구 보고서」에서 그 해답을 모색한다.

* 이 글은 저자가 한국연구재단 연구과제의 책임자로 수행한 기초원천 연구분야의 MD 및 MD/PhD 활용 강화방안 연구보고서(2013)를 기반으로 작성했음을 서두에 밝힌다.

1. 배경

우리나라의 향후 먹거리를 창출할 첨단 의과학기술의 발전을 선도하기 위해서는 기초의학 연구능력을 가진 의사과학자 양성이 시급하다. 현재 의과대학의 교육현실은 일률적으로 ‘최고 수재를 모아서 임상 의사를 만드는 과정’에 치중되고 있기에 의사를 과학자로 양성하는 훈련이 충분히 되고 있지 않다. 향후 산업적 가치가 기대되는 의료분야에서 창의적인 연구분야와 개발 타깃을 찾기 위해서 새로운 임상 수요를 발굴할 수 있는 의학적 경험과 지식을 가진 의사의 연구 참여가 중요함은 자명하다. 이에 의과대학에 진학하는 우수한 자원들을 국가적으로 의생명과학 발전에 기여할 수 있도록 하는 정책적 제도적 장치를 마련하는 것이 요구된다.

정부는 일례로 “의과학자 육성지원사업”을 의학전문대학원제도와 연계하여 시행하였으나, 의학전문대학원제도의 축소개편과 함께 지원이 줄어 지속적인 의사과학자 양성에 어려움이 발생하고 있다. 2012년 2월 발표된 생명공학육성법 2단계 추진전략 중 연구개발일류화 기반확충을 위해 필요한 첨단-핵심기술인력, 기초의약학 및 바이오산업 현장인력 양성을 위해 의사과학자의 체계적인 육성이 필요하다. 미래 기초의약학 및 바이오산업의 발전을 위해 필요한 고급인력으로 추가로 1만2,000명 정도의 연구자가 필요하다고 한다.

“향후 산업적 가치가 기대되는 의료분야에서 창의적인 연구분야와 개발 타깃을 찾기 위해서 새로운 임상 수요를 발굴할 수 있는 의학적 경험과 지식을 가진 의사의 연구 참여가 중요함은 자명하다. 이에 의과대학에 진학하는 우수한 자원들을 국가적으로 의생명과학 발전에 기여할 수 있도록 하는 정책적 제도적 장치를 마련하는 것이 요구된다.”

한편, 바이오·의약학 연구 분야에서 선두를 달리고 있는 미국은 의사과학자가 의생명과학 연구 분야에서 차지하고 있는 비중이 매우 높으며 이들은 생명과학계의 핵심리더 역할을 맡고 있다. 미국 국립보건원(NIH)은 일찍이 6·25전쟁에서부터 베트남전쟁까지 징집된 의과대학생 중 매년 100명 이상에게 병역특례로 연구할 기회를 부여함으로써 기초-임상 융합연구의 가교역할을 하며 미국 의과학계의 핵심리더 역할을 담당하고 있다. 미국의 MSTP제도(Medical Scientist Training Program)는 1964년부터 시작된 MD-PhD(의사과학자) 양성프로그램으로, 미국 내에서 2006년에 이미 43개교 932명을 지원하고 있었다. 미국은 MSTP제도를 통해 전체 의대생의 4% 정도를 기초 연구자로 양성하고 있으며 최근 15년간 14명의 노벨상 수상자가 이 프로그램 출신임을 주목할 필요가 있다. 미국의 의과대학은 각 대학마다 특화된 학제로 진료의사 양성 또는 의사과학자 양성 위주로 나누어서 운영되며, 목적에 따라 예산과 인력 투입을 차별화하고 있다.

“전체 의과학 연구를 위해서는 MD가 기초의학 연구를 수행하는 것이 필요하다. 해외의 경우 MD의 Ph.D. 학위 이수를 통한 연구역량이 있는 의사를 양성하기 위한 다양한 프로그램을 실시 중이며 기초연구 역량을 갖춘 임상의학 연구성과가 의과학 발전에 큰 공헌을 하고 있어 학생들 사이에서도 Ph.D. 경험이 장려되는 상황이다.”

본 연구는 의과학 연구분야 활성화를 통해 세계적 수준의 의료융합원천기술 확보 가능성을 극대화하기 위하여 의과학 활성화 프로그램 기획을 수행하였다. 의과대학, 의과학 활성화 정책 현황 진단과 내부관계자 인터뷰를 통해 문제점에 대한 진단을 실시하였고, 선진기관 벤치마킹과 문제점 진단 시사점을 바탕으로 전략 방향성을 도출하였으며, 수립된 방향성에 따라 MD와 MD/PhD 융합연구프로그램을 기획하였고, 이 글에서는 의사과학자 양성프로그램을 정책적 방안으로 제안하고자 한다. 기획단계에 도출된 구체적인 근거자료는 연구보고서에 상세히 기술되어 있다.

2. 의사과학자 양성 프로그램 제안

의사과학자라 함은 의사이면서 충분한 기간에 걸쳐 과학자로서 훈련을 받을 자를 말한다. 이 훈련이 이루어질 곳은 의과대학 대학원이며 의사를 과학자로 양성할 수 있는 ‘의사과학자 대학원 프로그램’을 정부 사업화할 것을 제안한다.

2-1. 목적

이 사업은 전일제 의과학대학원 신설을 지원하여 의사과학자 양성을 통해 국가 보건의로 연구개발 경쟁력을 강화하는 것을 목표로 한다. 의사가 진료활동에만 활용되어 국가차원에서 사장되고 있는 현실 속에 의과학 연구경쟁력의 잠재성을 강화하기 위해 연구하는 의사를 양성할 수 있는 주체를 지원한다. 기존 의학대학원은 임상과 연구를 동시에 수행하여 세계적 수준의 의학연구 성과 및 부가 가치 창출에 한계가 존재함에 따라 의사과학자 대학원 신설을 지원하여 세계적 수준의 의과학 연구성과를 창출할 의사과학자를 양성한다.

현재 의학대학원에서는 MD출신은 임상의학, Non-MD출신은 기초의학으로의 양극화 현상이 심화되고 있으나 전체 의과학 연구를 위해서는 MD가 기초의학 연구를 수행하는 것이 필요하다. 해외의 경우 MD의 Ph.D. 학위 이수를 통한 연구역량이 있는 의사를 양성하기 위한 다양한 프로그램을 실시 중이며 기초연구 역량을 갖춘 임상의학의 연구성과가 의과학 발전에 큰 공헌을 하고 있어 학생들 사이에서도 Ph.D. 경험이 장려되는 상황이다. 의학대학원의 충족되지 못한 미션을 달성하고 국가차원의 의과학 연구경쟁력 강화를 위해서는 의사의 의과학 연구경험을 통한 의과학 스펙트럼의 기초분야 강화가 요구되는 상황이며 이를 위한 의사과학자 대학원 신설 지원을 본 사업의 목적으로 한다.

2-2. 형태

대학원의 형태를 구성하는 데에는 기존 의학대학원에서 만족시키지 못했던 교실 중심의 대학원 과정 구성에 따른 연구환경 문제, 의사과학자 양성이라는 실질적인 전문인력 양성 목적 달성 등을 고려해야 한다. 기존 의과대학 내의 기초의학, 임상의학으로 크게 구분되는 교실 단위에 기반한 시스템은 여러 분석에 따르면 대학원이 가진 미션 중 중요한 축인 연구에 있어서는 효율성이 부족하다. 재학생이 임상 의로만 구성되어 있는 KAIST 의과학대학원의 경우 2:1의 경쟁률을 자랑하고 있으며 이는 다학제학문간 대학원 프로그램으로 구성되어 의과학 연구경험이 극대화되어 있는 형태이기 때문일 것이다.

임상의의 연구역량을 극대화함과 동시에 임상의에게 매력적인 프로그램이 되기 위한 다양한 형태의 대학원을 권장한다. 대학원의 형태를 특정 짓지는 않고 지원기관의 자율에 맡기나 연구경쟁력을 강화시킬 수 있는 다양한 형태의 대학원 학제 구성을 권장한다. 의과학의 전방위적 연구가 가능한 기업연구소병원 등과의 컨소시엄 형태도 가능하다. 전일제 연구경험 뿐만 아니라 국제 연구네트워크 형성에 기반한 지속적인 협업을 통해 세계적 의과학 성과 창출이 가능한 해외대학과 공동학위과정을 포함할 수 있다.

2-3. 교육방법

충분한 연구경험을 갖춘 진정한 의사과학자로 양성하기 위해서는 전일제 교육 방식의 교육방법이 필요하다. 임상의가 진료를 병행하며 부분제와 주말교

“기존 의과대학 내의 기초의학, 임상의학으로 크게 구분되는 교실 단위에 기반한 시스템은 여러 분석에 따르면 대학원이 가진 미션 중 중요한 축인 연구에 있어서는 효율성이 부족하다. 재학생이 임상의로만 구성되어 있는 KAIST 의과학대학원의 경우 2:1의 경쟁률을 자랑하고 있으며 이는 다학제학문간 대학원 프로그램으로 구성되어 의과학 연구경험이 극대화되어 있는 형태이기 때문일 것이다.”

육과정 등을 이수하는 것에 대한 수요가 높을 것으로 보이나 이는 본 프로그램 기획 의도와 부합하지 않는다. 이 프로그램을 통해 학위 이수 이후 주체적으로 연구를 수행할 수 있는 능력을 배양하는 것이 목적이며 이를 위해 전일제로 관련 교육과 연구시간을 배정한다. 의학연구의 특성상 진료를 통한 연구 아이디어 도출 등이 이루어질 수 있으며 학위 과정 중 연구를 위한 일부 진료시간 확보 가능 여부에 대한 검토가 필요하다. 임상의의 강점 중 하나인 진료 현장에서의 unmet needs 발굴을 기반으로 연구를 수행할 수 있도록 학위과정 초기에는 진료시간을 4시간 이내로 허용할 수 있다.

현재 임상의들의 의학대학원 과정은 임상진료와 대학원 과정을 병행하여 부분제로 수행되는 것이 현실이며 졸업 후 주체적으로 연구를 수행하기 위해서는 후천적인 개인의 노력이 필요하다. 의과대학원 내 기초의학 과정은 전일제로 교육을 수행중이나

“현재 의사의 진학률이 매우 저조한 상황이며 대부분의 임상이가 부분제 과정을 통해 Ph.D. 학위를 이수하고 있다. 전일제 연구경험은 향후 지속적인 연구수행을 위해서는 필수적인 요소이며 의과학 분야의 선진 국가들은 의사의 연구경험을 극대화할 수 있는 Ph.D. 프로그램을 개설하여 운영중이다.”

현재 의사의 진학률이 매우 저조한 상황이며 대부분의 임상이가 부분제 과정을 통해 Ph.D. 학위를 이수하고 있다. 전일제 연구경험은 향후 지속적인 연구수행을 위해서는 필수적인 요소이며 의과학 분야의 선진 국가들은 의사의 연구경험을 극대화할 수 있는 Ph.D. 프로그램을 개설하여 운영중이다. 임상이, 기초의학교수를 포함한 내부관계자 인터뷰를 통해 전일제 의과학, 주로 기초의과학 연구경험은 향후 임상이가 주체적인 연구수행능력을 가지기 위해서는 필수적인 요소로 응답하였다.

2-4. 교육대상

정부의 기존 사업에서도 의사를 대상으로 지원하는 사업이 존재하나 사업으로 인해 더 많은 의사가 의과학 연구를 수행하도록 유도하는 효과는 부족하다. ‘의과학자 육성지원사업’은 의학전문대학원 재학생만을 대상으로 지원하고 있다. MD의 진료 track의 연속성 등을 고려하여 레지던트 수료자들이 입학할 수 있는 프로그램을 설계하며, 의대학부졸업생, 인턴수료자 등도 이수가능하다.

의과학의 활성화를 위해서는 더 많은 임상이가 주체적으로 연구를 할 수 있는 역량을 부양하는 것이 필요하며 이를 위해서는 진료의 단절성을 고려하여 학위 이수가 가장 적합한 시점을 도출하는 것이 필요하다. 현재 전문의 획득 시점에 의과대학원 박사과정에 주로 진학하고 있으며 임상 근무기간 중 획득한 research question을 연구로써 해결 가능하다는 점에서 적합한 진학시점이다.

전일제 대학원에서 연구를 수행함에 있어 추가적으로 소요되는 기간에 대한 해결책으로서 병역문제가 필수적으로 고려되어야 한다. KAIST 의과학대학원은 1년 교과목 수료기간 이후 3년 전문연구요원 기간까지 총 4년의 과정을 법적 수료기간으로 정하고 있으며 타 일반대학원의 5년 과정대비 1년이 단축되어 의과학 관련 대학원 중 임상이의 진학수요가 가장 높은 상황이다. 특히 임상 훈련 기간이 길어 사회 진출이 늦는 임상이들에게 1년 기간 단축은 큰 장점으로 작용하며, KAIST와 동등한 병역제도가 적용되어야 한다.

2-5. 교수진 구성

프로그램 내의 기초와 임상교수의 균형 있는 비중을 통해 전통적인 교실 중심의 대학원 편제를 벗어나기 위한 노력이 요구된다. 기초의과학 분야의 연구 경쟁력이 있는 자연대, 공대 등의 교수진들을 활용하는 것 또한 가능하다. 병원, 기업, 연구소 등과의 컨소시엄 형태의 프로그램으로 구성될 시 연구현장의 생생함을 전달해주는 강의, 세미나 등이 가능한 겸직교수를 임명한다.

2-6. 학생운영

일반 의과대학 내에 설립된 의학대학원에 의사가 지원하는 비율은 매우 저조하여 의과대학 별로 연간 1인 정도가 지원하는 등의 문제가 있다. KAIST 대비 긴 병역특례 기간 등이 저조한 지원율의 원인일 수 있다. 의과학연구 관계자들은 의과학 연구역량을 가진 의사과학자가 전체 졸업생 중 약 10~20%인 20~40명 정도가 지원하는 것을 이상적일 것으로 판단하고 있다. 의생명과학 연구개발 분야에서 두각을 나타내고 있는 이스라엘의 경우 의과대학 졸업생의 30%가 병원이 아닌 보건의로 연구개발 분야로 진출하고 있다. KAIST 의과학대학원의 정원은 20명이며 연간 40여명 정도가 지원하는 것으로 알려져 있다. 신설하는 의과학대학원은 대학원별로 최소모집 인원 10명에서 20명 정도가 현재 상황에서 적절할 것으로 보이며 향후 사업단계 발전과 수요에 따라 대학원 수와 모집정원의 확대조정이 가능하다.

2-7. 프로그램 운영

의사들을 의사과학자 양성 프로그램으로 유도하여 성공적인 프로그램을 운영하기 위해서는 임상의로서의 보장된 진로를 포기할 만한 동기와 보상이 있어야 한다. 첫째는 경제적인 안정을 보장해주어야 한다. 서울대 의대에서 대학과 병원의 자체 재원으로 운영 중인 ‘기초연구연수’ 제도에서는 연봉 4000만원을 지원하고 있으며, 이 프로그램에 의사들의 지원이 이어지고 있음은 시사하는 바가 크다. 둘째는 학위취득 후 의사과학자로서 자리를 잡을 수 있는 정책을 펴서 임상의로 견줄 수 있을 만한, 보장된 진로를 제시해야 한다. 학위 이수기간에는 연구자금을 지원하여 1인

1주도 연구과제를 기반으로 한 진로 불투명성의 개선이 가능하고, 향후 진로를 주체적으로 찾아갈 수 있도록 졸업시점에 정착연구자금 제공도 고려해야 한다. 졸업 후 계약직 교수로 기본 채용하고, 성과평가를 통해 정규직 임용을 하는 등의 채용 프로그램이나 의과대 교수직 지원시 우대혜택 등을 고려할 필요가 있다.

3. 맺음말

의과대학과 병원에 집중되는 우수 인재를 의사과학자로 양성할 수 있는 제도를 의사의 생애 전 주기적에 따라 제공하여 의사과학자를 양성하고, 이들이 국익을 창출하고 더 나아가 세계 의과학연구를 선도해 인류건강과 질병치료에 기여할 수 있도록 유도해야 한다. 이를 위해서는 지속적인 유도/안정적인 지원과 제도/생애 전 주기적 지원이 가능한 체계적인 정책적 지원이 절실하다. 그림 1은 의사과학자 대학원 프로그램을 위시한 정책적 제안들을 생애 전 주기적으로 마련한 예시를 보이고 있다. 이 글에서 다루지 못한 융합연구센터는 의사과학자 대학원 프로그램을 통해 양성한 의사과학자를 활용하기 위해 기획하였고, 참고문헌에 명시한 연구보고서에 상세히 제안되어 있다.

“전체 졸업생 중 약 10~20%인 20~40명 정도가 지원하는 것을 이상적일 것으로 판단하고 있다. 의생명과학 연구개발 분야에서 두각을 나타내고 있는 이스라엘의 경우 의과대학 졸업생의 30%가 병원이 아닌 보건의로 연구개발 분야로 진출하고 있다.”

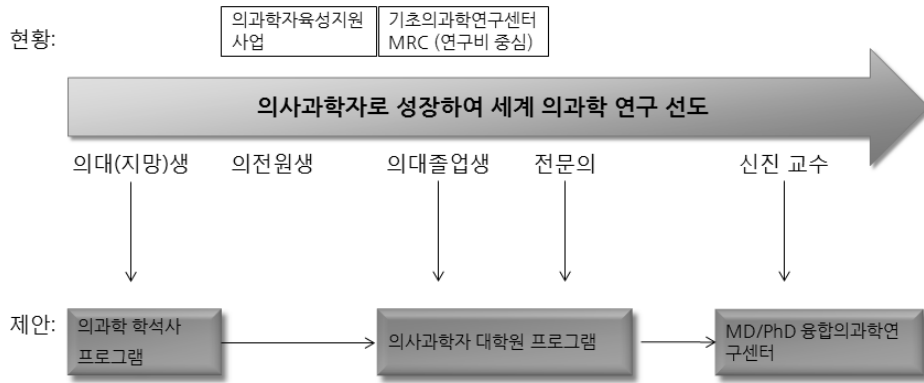


그림 1. 신규 의사과학자 창출을 위한 국가 차원의 전략적 프로그램 제안



참고문헌

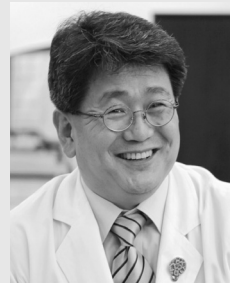
기초원전 연구분야의 MD 및 MD/PhD 활용 강화방안 연구보고서(2013), 김상정 등, 한국연구재단.

의료 R&D에서 기초의학의 중요성

선 경

오송첨단의료산업진흥재단 이사장 / 고려대 의대 교수

ksunmd@korea.ac.kr



〈편집자주〉 기초의학의 기상도가 흐리기만 한 것일까? 희망은 있다. 산업화로 인해 뒷전에 밀려있던 기초의학이, 산업화를 위해 오히려 중요해지고 있기 때문이다. 교실 안에서 웅크리고 있던 기초의학이 생명과학과 차별화된 경쟁력을 확보하고, 임상의학과의 융복합을 통해 비상을 시도할 때다. 의료 R&D에서 기초의학의 중요성을 짚어본다.

철학자들의 토론은 대부분의 시간을 단어를 정의하는 데 보낸다고 한다. 하기는 같은 단어를 서로 다른 의미로 이해하고 있다면 토론이 진행되지 않을 것이다. 과학자들의 토론에서는 과학 자체가 수학을 바탕으로 하기에 단어 때문에 크게 고민할 필요는 없어 보인다. 그렇다면 의학자들의 토론은 어떠한가? 의학이 기본적으로 인문학이라는 측면에서 볼 때, 의학 혹은 의료행위와 관련해서는 주관적이고 관념적인 개념의 단어들을 종종 만나게 된다.

의학의 미션이 인류를 건강하게 오래 살게 하는 것이라는 데 이견이 없을 것이다. 그렇다면 의학은 의사들만의 몫은 아니다. 의학은 인류를 건강하게(삶의 질, Quality of Life) 오래(삶의 양, Quantity of Life) 살도록 추구하는 모든 연구를 아우르는 학문 영역이다. 그렇다면 기초의학은 무엇이고 누구의 역할인가?

연구개발 단계 측면에서 기초연구의 정의는 다양하다.[1] 경제협력개발기구(OECD)는 기초연구를 “특정의 응용이나 용도를 고려하지 않고 현상

이나 관찰되는 사실의 토대에 대한 새로운 지식을 획득하기 위해 주로 수행되는 실험적이거나 이론적인 활동”으로 정의하면서, 순수기초연구와 목적기초연구로 분류하였다. 미국의 국립과학재단(NSF)은 “특정한 응용의 목적 없이 연구가 진행 중인 주제에 대한 이해나 완전한 지식을 얻는 연구”라고 하였고, 연방과학기술(FS&T)에서는 “특정 응용의 목적을 갖지 않고 수행하는 장기적인 투자가 필요한 연구 활동”이라고 정의하였다. 영국의 과학기술청(OST)에서는 순수기초연구를 “단지 지식증진을 위해 수행되는 연구”로, 목적기초연구를 “현재 문제들을 해결하는 데 필요한 광범위한 기반 지식을 생산할 목적의 연구”로 정의하였다.

그런데 이러한 기초연구에 대한 정의들을 기초의학에 직접 대입하려면 왠지 불편한 느낌이 든다. 아마도 의학 자체가 응용학문(Applied Science)이기 때문에, 기초의학도 순수 기초연구라기보다 인체를 대상으로 하는 목적성을 가지기 때문일 것이다.

기초의학에 대해서는 2010년 제3회 HT 포럼 기획평가분과 심포지엄에서 논의된 내용들이 인상적이다.[2]

**“기초연구에 대한 정의들을
기초의학에 직접 대입하려면
왠지 불편한 느낌이 든다.
아마도 의학 자체가
응용학문(Applied Science)이기 때문에,
기초의학도 순수 기초연구라기보다
인체를 대상으로 하는
목적성을 가지기 때문일 것이다.”**

과학을 기초과학과 응용과학으로 나누듯이, 의학도 기초의학과 임상의학으로 나눌 수 있다. 기초과학이 발전해야 응용과학이 발전하는 것이 이미 알려져 있다. 한국을 포함한 개발도상국들이 기초보다는 응용과학에 투자하여 초기에 성과지향적 정책을 쓰고 있다. 이러한 투자방식은 과연 산업화를 위한 실질적인 성과를 낼 수 있는가? 그렇지 않다고 한다.

미국이 세계 과학과 경제의 선두주자가 된 것에는 다양한 기초학문을 육성한 때문이다. 대표적인 분야가 정보통신과 생명과학 분야이며, 이들은 대학을 중심으로 꽃을 피운 것이다.[3]

그렇다면 생명과학 혹은 생명공학은 기초의학인가? 의과대학의 기초의학의 전공 분야는 자연과학대학의 생명과학 분야들과 중복되는 분야가 많다. 차이점은 생명과학은 인체뿐만 아니라 식물, 동물을 대상으로 하는 반면, 기초의학은 인체를 대상으로 하는 것으로 연구방법에는 거의 차이가 없이 비슷하다.[3]

이에 대해서는 수년 전부터 논의되어온 Bio Technology(BT)와 Health Technology(HT)에 대한 차별화 구분을 돌아볼 필요가 있다. BT는 기술의 목적과는 관계없이 활용기술 자체의 특성으로 정의된다. 즉, 생명체를 활용하여 제품과 서비스를 생산하는 기술로서, 기술적 정의는 분명한 반면 적용 목적과 범위가 다양한 것이다. 반면에 HT는 기술의 특성과 관계없이 인간의 건강을 증진하는 목적과 관련된다. 즉, 적용목적과 범위는 분명한데 기술적 정의는 다양한 것이다.[4] [표 1]

표 1. Bio Technology(BT) vs. Health Technology(HT)

구분	BT	HT
개념	생물체를 이용 제품·서비스를 생산하는 기술	건강증진 또는 질병의 예방·치료를 위한 제반 기술
특징	기술 지향적	목적 지향적
주목적	혁신적 기술·제품의 창출	인간의 건강증진
기술범위	유전공학, 발효공학 등 특정 기술부문으로 개념 명확	BT, NT, IT, 소재, 기계기술 등 광범위한 분야 포괄
응용범위	제약, 농업, 에너지, 화학 등 전 산업분야 응용을 포괄	의료서비스, 제약, 의료기기 등 국한 (광의로 기능성식품, 휘트니스 등 포함)

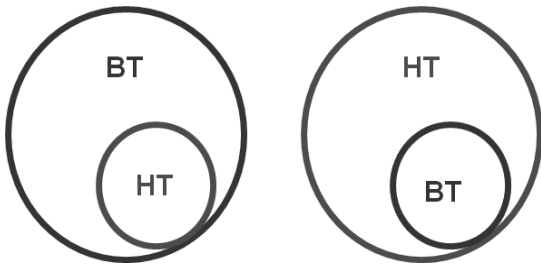
(한국보건산업진흥원, 2010)

이러한 관점은 의과대학의 기초의학이 유사 학문분야와 차별화된 경쟁력을 확보하는 측면에서 중요한 시사점을 제시한다. 즉, 기술 위주의 연구가 아닌 목적 위주의 연구에 가치를 부여하는 것이다. 자연과학대학의 생명과학자들이 연구개발의 가치사슬에서 전단부의 기술요소를 강점으로 할 때, 의과대학의 기초의학자들은 가치사슬의 후단부에 집중하는 것이다. 이 부분이 바로 중개연

구라고 대변되는 부분이며, 임상학과 융복합이 필요한 영역이다.

이와 관련하여 또 하나의 관점은 기초의학학자를 의사기초의학자, 자연과학자, 약학자, 공학자, 임상전공 기초연구자로 포괄하는 것이다. 그리고 의학은 종합학문이므로 의학연구에는 다양한 전공의 연구자가 필요한데, 의사기초의학학자 양성이 현안이 되는 이유는 가장 부족하기 때문이라는

것이다.[5] 대단히 중요한 지적이며, 이 역시 가치사슬의 일부가 단절되기 때문이라는 이유와 근거가 합당하게 제시되어야 한다. 그렇지 않으면 생명과학자가 임상 의사와 바로 연결되더라도 가치사슬의 흐름에 아무 문제가 없게 된다. HT가 BT의 일부가 아니고 서로 다른 차원에 위치하는 학문체계이듯이, 기초의학이 생명과학과 차별화 가치를 가질 때 경쟁력이 생길 것이다. [그림 1]



Ⅰ 그림 1. Bio Technology(BT) vs. Health Technology(HT) Ⅰ

연구중심병원 사업이라는 것이 있다. 오랜 동안 기술 위주로 투자되어 온 국가연구개발 지원을 과감하게 목적 위주 지원으로 변환시킨 사업이다.

원래는 다학제가 포괄되는 의료클러스터 형태를 지향했지만, 예산 규모 등의 현실적인 제한 때문에 진료현장인 병원을 중심으로 학제간 융복합이 일어나도록 기획된 것이다. 필자는 기획에 참여하면서 연구중심병원을 선정할 때 의과대학 기초학 교실이 참여하는 연구계획서가 제시될 경우 가점을 부여하자고 제안했었다. 지금도 많이 아쉬운 부분이다.

기초의학자들에게 첨단의료복합단지를 적극 활용 하도록 권한다. 첨복단지는 기존의 출연연 사업과는 차별화된 제3센터 사업이라는 독특한 철학을 바탕으로 설립되었다. 정부가 투자한 제1섹터(연구지원시설)와 민간의 제2섹터(연구시설)가 집적단지에서 융합하는 것이다. 첨복단지의 대규모 첨단 연구지원시설과 장비, 그리고 다양한 학문분야의 생명과학자들이 기초의학자들과의 공동연구를 기대하고 있다.[6]

참고문헌

- [1] “기초연구의 성과 정의 및 성과평가 관련 방안 연구”, 이장재, 2012.
http://webzine.nrf.re.kr/nrf_1206/html/re3.html
- [2] “기초 의학의 현재와 미래”, 제3회 HT 포럼 기획평가분과 심포지움, 2010. <http://www.htforum.or.kr/>
- [3] “기초과학과 응용과학”, 박광균, 제3회 HT 포럼 기획평가분과 심포지움, 2010.
- [4] “HT Initiative 추진계획”, 한국보건산업진흥원, 2010.
- [5] “기초의학발전을 위한 제언”, 전용성, 제3회 HT 포럼 기획평가분과 심포지움, 2010.
- [6] 오송첨단의료산업복합단지/오송첨단의료산업진흥재단. www.kbio.kr

의약분업 재평가가 필요한 이유

김 양 균

경희대 경영대학 의료경영학 전공 교수
lukekim@khu.ac.kr



〈편집자주〉 지난 2012년 의료정책연구소의 대화원 설문조사 결과 80% 이상이 의약분업은 재평가돼야 한다고 답했다. 의사들의 불만을 차치하더라도 의약분업은 국민 편의와 건강보험 재정 면에서도 마이너스였다는 사실을 부정하기 어렵다. 얼마 전 대한의사협회 회장 선거 후보자들도 하나같이 공약으로 내세웠던 의약분업 재평가. 왜 꼭 해야만 하는지 논리를 정리해보고자 한다.

1. 들어가며

올해 7월이 되면 2000년 7월 1일 의약분업제도가 전면 실시된 지 15년째를 맞이한다. 의약분업은 그 동안 우리나라 보건의료의 많은 부분을 변화시켰으며, 이로 인해 다양한 문제점들이 노정되고 있는 상황이다.

새로운 정책이 실시되려면 이에 따른 추가적인 자원이 투입되어야 하며, 투입자원의 변환과정을 거쳐서 정책 효과로 나타나게 된다. 따라서 일반적으로 정책이 시행되기 전에 정책 도입에 대한 명분과 목표를 제시하고 목표의 달성 가능성과 목표 달성을 위한 대안 비교, 그리고 목표달성 과정에서 발생할 수 있는 다양한 문제점들에 대해 조사를 하여야 한다.

그러나 우리나라의 의약분업제도의 경우는 정책목표를 달성하기 위한 여러 가지의 대안이 존재하고 있었지만 이에 대해 고려하지 않았다. 추가적인 투입자원과 향후 발생가능한 문제점에 대한 고려 없이, 명분을 무기로 한 여론화 과정과 목표만을 가지고 선시행-후보완이라는 방식으로 시작되었다. 또한 강제완전분업의 방식에는 직능분업과 기관분업이 존재함에도 이러한 대안에 대한 정밀한 분석 없이 직능분업 형태의 강제완전분업을 실시하였다.

그간 많은 연구자들이 의약분업의 결과를 다양한 측면에서 조사·분석하여 보고하였다. 장선미

등(2002)은 의약분업 이후 2년의 결과를 분석하여 일부 오남용 우려 의약품의 처방률 감소 등 긍정적인 효과가 없었던 것도 아니지만 기대했던 것과 같은 의약품 사용상의 큰 변화는 없었던 것으로 보고하였다. 또한 과잉처방을 할 가능성과 관행 등이 지속되고 있다는 것도 보고되고 있다(배은영 등, 2001; 조재국 등, 2002). 정상혁 등(2002)은 외래의료이용률 개념을 토대로 의약분업 이전과 이후를 비교하면서 완전한 의약분업 상태, 의약분업 확대상태, 의약분업 시행초기 상태, 임의조제 증가상태, 의약분업 이전 상태 등의 경우로 나누어 의약분업의 성과를 평가하였는데, 외래의료이용률, 약사의 진료·처방행위, 의약분업의 성과가 정부가 의도한 것에 비하여 미비하다는 연구결과를 제시하였다. 이상영 등(2008)은 기존 연구를 바탕으로 항생제 처방률이 다소간 감소하였고, 약제비 증가 요인 중 고가약 증가가 의약분업과 관련해 문제가 되고 있으며, 약화사고 예방에 의약분업의 기여분이 높다고 볼 수 없고, 약사의 복약지도로 인해 알권리는 증가했다고 볼 수 있다는 결론을 내고 있으며, 의약분업의 비용측면에서 국민의료비의 증가하였고, 설문조사를 토대로 시간상의 기회비용이 발생했다고 평가하고 있다.

이상의 연구결과를 보면, 크게 의료서비스의 측면, 투약서비스의 측면, 그리고 기회비용 등의 투입자원에 대한 부분으로 나누어 접근하고 있으며, 순기능적인 효과와 역기능적인 효과가 동시에 모두 존재하는 것으로 나타나고 있음을 알 수 있다. 그렇다면 현재 우리는 순기능적인 효과가 역기능적인 효과를 완전히 상쇄시키고 남을 만큼 커야 한다는 판단을 할 수 있어야 한다. 그러므로 이에 대한 종합적이고 심도 있는 평가가 필요한 시점이다.

**“현재 우리는 순기능적인 효과가
역기능적인 효과를 완전히
상쇄시키고 남을 만큼 커야 한다는
판단을 할 수 있어야 한다.**

**그러므로 이에 대한 종합적이고
심도 있는 평가가 필요한 시점이다. ”**

2. 의약분업의 도입 명분과 규범적 방향성

당시 정부가 제시했던 의약분업의 도입명분과 목적은 대략 5가지 정도로 분류할 수 있는데, 1) 약물 오·남용과 약화사고로부터 국민건강권 보호, 2) 약사의 불법적인 임의조제 등 진료행위 근절, 3) 재정절감 효과가 발생하여 건강보험재정 안정화에 기여, 4) 불필요한 의료비 지출을 억제함으로써 국민부담 절감, 5) 의·약사의 전문성을 살려 국민들에게 양질의 의로서비스 제공 등으로 나눌 수 있다.

그러나 우선되어야 할 부분이 의약분업에 대한 규범적 방향성이다. 의약분업이란 의사는 진단과 처방을, 약사는 조제를 담당하여 의약품 오남용을 방지하겠다는 것을 주목적으로 도입된 제도이다. 다시 말해 의약분업은 약사의 진단 및 처방(불법적 임의조제)과 외래환자에 대한 의사의 조제(불법적 임의조제)를 동시에 금지하는 원칙으로 구성되어 있다. 그런데 의약분업에 관한 많은 문헌들이 의약분업 제도의 도입 경과와 관련하여 약사의 진단 및 처방(불법적 임의조제) 금지 원칙에 대하여는 언급 없이 의사의 조제금지 원칙만 언급하는 불균형적 시각을 보여주고 있다(김양균, 2010). 이러한 개념이 자리잡게 된 이유와 근거는 불확실하다. 그러나 이러한 원칙은 반드시 지켜져야 한다.

3. 의약분업의 유형과 분류

그간 진행되어온 의약분업의 방식을 나누어서 접근할 필요가 있는데, 완전분업의 경우에도 의사와 약사를 대상으로 한 분업과 의료기관과 약국이라는 기관을 중심으로 한 분업의 유형이 존재할 수 있다.

우리의 경우 의약분업의 표현에 있어서 ‘진단과 처방은 의사가, 조제는 약사가’라는 역할을 가지고 있지만, 실제 적용은 의료기관과 약국으로 분리하여 접근하는 기관 의약분업의 형태를 가지고 있다고 말할 수 있다. 그리고 그 대상은 외래환자로 규정되어 있으며, 의사와 약사 모두 임의조제는 불가능한 것으로 규정되어 있어 완전분업의 형태로 되어 있다. 부분분업은 의사의 조제권과 약사의 임의조제는 원칙으로 배제되나 의료기관, 환자상태,약품종류 및 지역의 여건에 따라 의사의 조제권과 약사의 임의조제가 부분적으로 허용되는 의약분업제도라고 할 수 있다(양봉민, 1999). 그러나 이러한 분류보다는 의사조제 금지국가와 의사조제 임의국가로 나누어 접근한 연구자도 존재하고 있다(이의경, 1999)(표 1 참조).

4. 의약분업의 효과분석

분업의 효과를 말할 때, 여러 가지 측면에서 접근할 수 있지만, 우선 국민의 편의성, 외래방문

표 1. 주요 외국의 의약분업 유형(이의경, 1999) |

분업의 유형		대상 국가
분업정착국가	의사조제 금지국가	독일, 프랑스, 이탈리아, 벨기에, 네덜란드, 덴마크, 노르웨이, 핀란드, 스페인, 스웨덴 등
	의사조제 임의국가	미국, 영국, 스위스, 호주, 뉴질랜드, 필리핀 등
분업추진 국가		일본, 대만, 홍콩, 싱가포르, 말레이시아, 태국 등

횟수, 의약품 오남용, 국민 의료비 감소 또는 증가, 국민의 알권리 보장과 의료서비스 수준 향상 등에 대한 부분으로 나누어 접근할 수 있을 것이다.

1) 국민들의 의약분업에 대한 편리성

최근 조사된 부분이 없기 때문에 과거 조사결과를 보면, 불편하다는 답변이 90%에서 65%까지 나타나고 있음을 알 수 있다. 물론 시간의 변화에 따라 다소 익숙해지고는 있지만, 여전히 진료와 조제가 연결되어 이루어진 의약분업 전의 상황인 one-stop 서비스에 대한 편리성을 원하고 있다(표 2 참조).

2) 외래방문 횟수 및 처방조제 일수

외래방문 횟수는 의약분업 실시를 통해 의료기관에 접근성이 높아졌는가 하는 효과를 보는 것으로 말할 수 있다. 그러나 실제로 1991년부터 2000년 사이의 외래방문횟수 연평균 증가율과 2001년에서 2009년 사이의 증가율을 보면 다른 결과가 나타나고 있다. 의약분업 도입 전인 1991~2000년의 외래방문 연평균 증가율은 7.1%인 반면 의약분업 후인 2001년~2009년의 외래방문 연평균

증가율은 5.9%로 감소하는 경향을 보이고 있다(김양균 등 2010). 이는 의료기관의 양적인 증가에도 불구하고 접근성에 문제가 발생하였음을 의미한다.

반면 처방조제일수는 의약분업 실시 전(1991년~1999)에는 연평균 9.8% 감소, 의약분업 실시 후(2000년~2009년)에는 약 19.0% 증가하였다. 이와 관련된 부분을 통해 국민의료비의 상승에 영향을 주었음을 알 수 있다.

3) 의약품 오·남용 감소 효과

우리나라의 경우, 의약분업 예외지역이 존재하는데 의약분업 지역과 의약분업 예외지역의 처방건당 의약품목수와 전체 상병에 대한 항생제 처방률을 비교하면 의약분업 실시에 따른 의약품 오·남용 감소 효과를 알 수 있다. 2005년과 2009년 사이 처방건당 의약품목수는 의약분업 적용지역에서 3.5% 감소한 반면, 의약분업 예외지역에서는 13.95% 감소하였고, 항생제 처방률은 의약분업 적용지역에서 10.33% 감소, 의약분업 예외지역에서 16.11% 감소하였다. 즉 의약분업의 실시보다는 의약품에 대한 심사와 평가를 강화하는 것이 더욱 효과적이라는 것을 반증한다고 할 수 있다.

Ⅱ 표 2. 의약분업제도의 편리성 Ⅱ

2000.11 한국갤럽		2001.2 한국갤럽		2001.9 한국갤럽		2003.9 에이스리서치		2004.2 한국갤럽	
항 목	결과(%)	항 목	결과(%)	항 목	결과(%)	항 목	결과(%)	항 목	결과(%)
매우 편리	2.6%	매우 편리	0.2%	매우 편리	1.3%	익숙하고 불편없다	21.8%	매우 편해졌다	3.7%
약간 편리	6.9%	약간 편리	7.4%	약간 편리	6.3%	익숙하나 불편	52.1%	약간 편해졌다	13.2%
약간 불편	42.2%	약간 불편	52.5%	약간 불편	42.4%	익숙치 않아 불편함	16.5%	약간 불편해졌다	39.1%

4) 의료기관 외래 총 급여비와 약국 총 급여비 추이

의료기관의 외래 총 요양급여비의 연평균 증가율은 의약분업 전(1991~99) 17.9%에서, 의약분업 후(2000~09) 8.2%로 나타났고, 약국 총 급여비의 연평균 증가율은 의약분업 전(1991~99)은 42.3%, 분업 후(2000~09)는 64%로 나타나고 있다. 즉 의료비에 대한 국민부담은 상대적으로 약국 급여비의 증가가 더 크게 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

5) 기타 효과

약사의 임의조제 근절 효과와 국민의 알 권리 그리고 의료서비스 품질 향상과 관련된 부분이 평가의 부분으로 남아 있지만, 이에 대한 부분은 추가적인 조사가 필요한 부분으로 남겨둔다.

5. 종합적 효과 평가와 정책 반영

의약분업의 효과에 대한 평가는 연구자가 바라보는 시각에 따라 다르게 나타나고 있으며, 종합적인 평가보다는 단편적인 평가가 주를 이루고 있다. 또한 의료소비자의 편의성, 소비자의 알권리, 의료서비스의 품질, 의료이용과 관련된 부분, 의약품 오·남용을 포함한 의약품 소비와 관련된 부분, 의약품 제공 품질과 관련된 부분, 의약품 산업과 관련된 부분, 의료비와 관련된 부분으로 나누어 종합적인 평가가 필요한 부분이 있다.

“현재의 의약분업은 기관분업을 원칙으로 하고 있는데, 직능분업으로 변화시킨다면 어떠한 부분을 고려해야 하는가, 또는 의료기관 종류별로는 어떻게 적용해야 하는지 등을 판단해야 한다. 그러므로 의약분업의 정확하고 종합적인 성과평가를 통해 공과 실을 밝히고 또한 개선방안이 무엇이지에 대해 논의와 협의 그리고 의견수렴이 필요할 것이다.”

추가적으로 의약분업 평가와 관련된 정책 반영 부분도 있다. 의약분업 15년 평가 후 정책을 어떻게 변화시킬 것인가에 대한 고민도 함께 하여야 한다. 현재의 의약분업은 기관분업을 원칙으로 하고 있는데, 직능분업으로 변화시킨다면 어떠한 부분을 고려해야 하는가, 또는 의료기관 종류별(의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원)로는 어떻게 적용해야 하는지 등을 판단해야 한다. 그러므로 의약분업의 정확하고 종합적인 성과평가를 통해 공과 실을 밝히고 또한 개선방안이 무엇이지에 대해 논의와 협의 그리고 의견수렴이 필요할 것이다. 의료계는 다양한 이해관계자가 존재하기 때문에 이러한 이해관계를 함께 고민할 수 있는 계기가 필요하며, 이를 위해 의약분업에 대한 성과평가는 필수적이라고 판단된다. 정책은 명분으로 이루어지는 것이 아니라, 이해관계자 모두가 양보와 타협을 통해 최적의 해결방안을 마련하는 것이라는 지혜가 필요하다.

참고문헌

- 김양균 등. 의약분업제도 평가 및 개선방안. 대한병원협회. 2010.
- 양봉민. 외국의 의약분업-유형별 분류 및 경제학적 고찰. 병원약사회지. 1999;16(2):136-145.
- 배은영. 의약분업이 제약 산업에 미친 영향. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원. 2002.
- 윤지웅, 김양균, 백병수. 의약분업제도 도입효과에 대한 실증 분석. 보건행정학회지. 2011;21(2):179-194.
- 이상영, 이의경, 조재국, 송현종. 의약분업 성과평가를 위한 기초연구. 한국보건사회연구원. 2005.
- 이의경. 외국의 의약분업 사례. 병원약사회지. 1999;16(1):8-15.
- 이의경, 장선미, 신종각, 박정영. 의약분업 전후의 약제비 변동요인 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원. 2001.
- 장선미, 한은아, 김재용, 배은영 등. 보건의료 이용형태 변화가 국민건강 증진에 미친 효과분석. 한국보건사회연구원. 2002.
- 장선미, 김재용, 배은영, 오영호. 의약분업제도 성과분석 및 개선방안. 한국보건사회연구원. 2002.
- 정상혁. 의약분업: 의료정책적 입장에서의 재조명. 제14차 의료정책포럼. 2005.
- 조재국, 최병호, 이상영, 윤강재. 의약분업 성과평가와 제도개선. 한국보건사회연구원. 2003.

지역사회 일차의료 시범사업 현황과 정책적 함의

조 정 진

한림대 의대 가정의학과 교수 / 지역사회일차의료시범사업 공동추진위원장

fmjjcho@naver.com



〈편집자주〉 지역사회 일차의료 시범사업이 시작돼 전국 4개 의사회가 일차의료지원센터를 운영 중이다. 정부는 서비스 디자인부터 운영까지 지역의사회가 주도한다는 점을 강조한다. 의료계는 대체적으로 동의하지만 관 주도로 변질되는 것을 예의주시하겠다는 입장이다. 이번 시범사업이 환자에게는 의료 질 향상을, 의사에게는 적절한 보상을 제공할 수 있는 성공 모델이 될 수 있을지 가늠해본다.

I. 시범사업의 기본취지와 배경

2013년 통계청 자료에 따르면 10대 주요 사망 원인 중 6개가 만성질환(뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 만성하기도질환, 고혈압성 질환, 간질환)으로 전체 사망원인의 50% 이상을 차지하고 있으며 심뇌혈관질환 및 당뇨병에 의한 사망 및 질병 부담의 증가는 사회경제적 부담으로 나타나고 있다. 이러한 만성질환을 관리하기 위한 정부의 사업은 다음 표 1과 같다.

표 1. 기존 만성질환관리사업 요약

고혈압 당뇨병 등록관리 사업	의원급 만성질환관리제	보건소 만성질환관리사업	건강관리서비스 시범사업
지속치료 노인환자에게 본인부담 할인	지속치료 환자에게 본인부담 할인	환자의 자기관리 지원을 위한 교육	만성질환 위험군 환자에게 자기 건강관리 지원

심화되는 고령화 시대에서 질병 위험을 낮추고 삶의 질을 높여 결과적으로 의료비용을 줄이는 방법은 노년기가 아닌, 질병이 진행된 상태에서 치료에만 중점을 두지 말고, 생애 전반에 걸쳐 질병 예방과 건강증진에 초점을 맞추어야 한다. 금연, 음주, 운동, 식이 등의 생활습관 변화만으로도 질병 위험과 사망률을 절반으로 낮출 수 있어 자가 관리가 중요하다.¹⁾

이를 위해서는 일차의료 전담의가 지속적이고 포괄적인 의사-환자 관계를 바탕으로 동기부여를 통해 적극적인 생활습관 개선을 이끌어 건강위험 요인을 줄이도록 하여야만 효율적으로 관리가 가능하다. 그러나 우리나라 보건의료제도는 의료의

질 관점에서 평가한 OECD(경제협력개발기구) 보고서에서 지적하듯이 병원 의존성이 심하고 일차 의료체계가 미흡한 실정이다.

예방과 일차의료 중심이라는 관점에서 이전의 정부 사업은 1)일차의료기관 의사의 역할이 부재하고 2)치료에 치우친 만성질환 관리였으며 3)정부 주도로 사업 기획 및 추진되고 4)지역사회 자원이 단절적 활용되고 있다는 점이 한계로 지적되었다.

기존의 만성질환 관리사업의 한계로 새로운

[만성질환 관리체계]의 필요성이 대두되어 2013년 05월 국정과제로 [국민 중심의 효율적인 의료 체계 개편]이 확정돼, 본 [지역사회 일차의료 시범사업] 추진에 대한 근거가 마련되었다. 이러한 배경에서 일차의료 활성화와 의사주도형 만성질환관리에 초점을 둔 [지역사회 일차의료 시범사업]을 2014~2016년 3년에 걸쳐 시행한다는 기본 계획이 2013년 11월에 발표되었다.

II. 진행경과와 모형확정

2013년 11월 [일차의료 시범사업 준비단]이 구성되어 시범사업 준비체계를 가동하여 2014년 3

1) Knoop KT et al, Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women, JAMA. 2004.

월에 5개 지역을 시범사업지로 선정하였다. 중랑구와 시흥시는 도시형으로, 전주시와 원주시는 도농복합형, 무주군은 농촌형을 대표하는 시범사업 지역으로 선정되었다. 2014년 6월 한국보건의료연구원 산하에 [지역사회 일차의료 시범사업] 지원단을 설치하여 시범사업 서비스 모형개발과 사업 브랜딩 개발, 그리고 교육콘텐츠 개발 및 전산시스템 구축을 완료하였다.

1. 시범사업 브랜딩 개발

시범사업 명칭은 한국보건산업진흥원의 서비스 디자인연구를 통해 ‘건강동행 Dr. 1’으로 선정하였다. 일차의료기관에서 수행하고 있는 일차의료의 의미를 가장 잘 전달하고, 의료기관의 신뢰성을 동시에 전달할 수 있도록 브랜드 네이밍하고, 브랜드 디자인은 ‘일대일’, ‘최고’를 의미하는 ‘1’을 하트 모티프 가운데에 위치시켜 의사와 환자가 동등한 입장에서 건강하고 행복한 삶을 위해 동행한다는 메시지를 이미지에 담았다.

지역사회에 기반을 둔 자원의 효율적 활용과 일차의료기관을 지원하기 위한 일차의료지원센터는 건강동행센터로 브랜딩하고, 디자인 이미지를 선정했다. (그림 1)



그림 1. 사업 브랜드 네이밍 및 디자인

2. 시범사업 모형 확정

이 시범사업은 의원급 의료기관이 외래증심으로 지역사회 자원을 연계하는 효과적인 만성질환관리체계를 구축하는 사업이다. 만성질환 관리를 위해 일차의료 의사의 역할을 강화하여 의사가 서비스 제공 여부를 판단하고, 의사의 주도하에 환자에 대한 상담 및 교육서비스를 제공하며, 지역사회 여건에 맞도록 맞춤형 자기관리 지원체계 시스템을 구축하고자 하는 사업으로 기본 흐름을 도식화하면 그림 2와 같다.

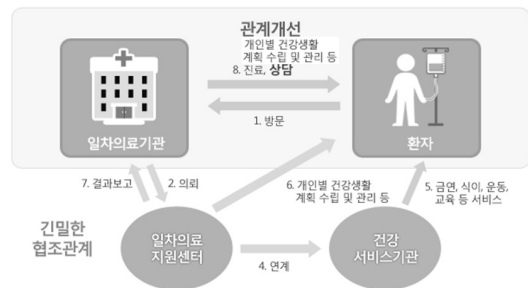


그림 2. 시범사업 모형 도식도

확정된 시범사업 프로토콜 모형은 의원급 의료기관 중심으로 지역의사가 주체로 역할을 부여하기 위해 다음과 같은 2가지 중요한 정책적 원칙을 바탕으로 설계되었다.

1) 일차의료기관 의사의 주도적 참여를 위한 공급자 인센티브

일차의료기관 의사에게 주도적 역할을 부여하고 예방에 중점을 둔 만성질환 관리를 위해 의사의 교육상담에 수가를 부여하는 공급자 인센티브를 활용한 시범사업이다.

의원급의 일차의사가 시범사업에 참여를 원하는 고혈압, 당뇨 환자 중 시범사업 참여조건에 부합한다고 판단되는 환자를 직접 선별하여 참여를 권고한 후 동의하면 개인별 건강생활계획을 수립하고, 교육상담계획을 수립한다. 교육상담은 ①질환 이해를 위한 질병교육·상담 ②생활습관 관리를 위한 건강교육·상담(영양, 운동, 흡연 등)으로 구분되며, 교육자료는 의사용 및 센터용 웹기반 교육포털로 제공하도록 개발되었다. 의사와 센터에

지역사회 자원연계 서비스를 제공함으로써, 환자 스스로가 생활습관을 개선할 수 있도록 보조하는 역할을 하게 된다. 의사가 시행한 환자 등록 및 치료계획 수립(등록급여), 직접 시행한 질병교육 상담이나 건강교육상담(교육상담급여), 센터의뢰 후 센터교육 피드백 상담(연계급여), 1주기 교육 상담 종료 후 종합 상담(종합상담급여)에 대해 보상하는데, 시범사업에 적용되는 급여 수준은 그림 3과 같다.

급여종류	등록 급여	교육상담급여 (직접 교육)		연계급여 (센터 의뢰)	종합상담급여
		질병교육상담 (고혈압/당뇨병)	건강교육상담		
내용	사업안내 및 관리계획 수립	진단 및 관리원칙	영양 1	영양(통합)	‘건강생활실천 결과보고서’ 작성 및 제공
		기본정보 + 치료(약물, 응급)	영양 2		
		기본정보 + 생활습관 개선	금연		
		합병증 예방과 관리 심화	운동		
		연 4회	연 최대 4회	연 최대 4회	
연간인정횟수	연 1회				연 1회
급여비용	8,700	8,700	4,350	4,350	8,700

Ⅱ 그림 3. 시범사업 적용 급여 종류와 수준 Ⅱ

서 사용할 웹기반 교육 콘텐츠를 개발하고, 의사용 교육 매뉴얼을 제작하였다. 질병교육상담을 받드시 의사가 직접 실시하고, 필요하면 추가적인 건강교육상담(영양, 운동, 금연 등)을 의사가 직접 혹은 일차의료지원센터에 의뢰(연계교육)하여 상담을 받게 하였다.

일차의료지원센터(건강동행센터)에서 의사의 처방을 받은 환자에게 추가 건강교육상담를 제공하고, 아울러 환자에게 적합한 동기강화 상담이나

2) 지역의사회 주도적 역할과 지역 공조를 위한 지역운영위원회 구성

시범사업의 중요사항을 심의의결하기 위해 각 지자체가 지역운영위원회를 구성·운영하는 규정을 마련하였는데 지역운영위원회는 위원장을 포함한 7인 이상으로 구성하고 위원장은 보건소장과 지역의사회장을 공동위원장으로 하며 위원은 센터장, 지역 내 보건의료전문가, 국민건강보험공단 지사

장 등으로 구성, 보건의료전문가는 보건의료 관련 분야(일차의료, 예방의학 등) 전문가로 하며 지자체와 지역의사회가 동수를 추천하게 규정하였다.

이 규정은 일방적 관 주도 사업의 한계를 극복하고, 지역사회에 기반을 둔 자원의 효율적 활용을 하기 위한 지역의사회와 공적기관의 공조체계에 초점을 두어 제정된 것이다. 즉 [지역사회 일차의료 시범사업]은 의원급 의료기관 중심으로 지역 의사가 주체가 된다는 점에서 기존의 만성질환 관리사업과 차별화되는데 요약하면 다음과 같다. (표 2)

9월 25일에 원주시 지역운영위원회 구성을 필두로, 9월 30일 무주군에서, 10월 10일 전주시, 마지막으로 11월 4일 중랑구에서 지역운영위원회가 구성되었다. 이어 지역의사회를 대상으로 시범사업 지역설명회를 10월 14일~11월 18일까지 4개 지역에서 개최하였다.

전주시의사회는 전주시 보건소와 위탁운영 협약을 맺고 ‘건강동행센터’를 2014년 11월 22일 제1차 처음으로 공식 개소하였고, 중랑구 건강동행센터는 2월 16일, 무주군 건강동행센터는 10월 30일, 마지막으로 원주시 건강동행센터는 2015년 1월 15일 공식 개소하였다.

표 2. [지역사회 일차의료 시범 사업]과 기존 만성질환 관리 사업의 차별점

	고혈압 당뇨병 등록사업	의원급 만성질환관리제	일차의료 시범사업
서비스 제공자	보건소, 병/의원, 등록관리센터(24개소)	공단지사, 지역 민간 자원	일차의료기관
주요 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 등록환자 본인부담금 지원 • 병의원 환자 등록비 지원 • 리콜/리마인드 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> • (환자) 외래 진찰료 본인부담금 지원 • (의원) 평가를 통해 사후 인센티브 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역의사회 주도운영 자율성 제공 • 개인별 맞춤 건강교육프로그램 제공 • 일차의료기관에 보상
센터 운영주체	보건소	건강보험공단	지역의사회 (지역운영위원회)
전산체계	보건업무정보시스템 (보건소 전자차트와 연계)	공단 내부 전산망	사업을 위한 전용 시스템

3. 지역별 사업추진 및 1차년도 사업현황

2014년 10월 31일 조정진 교수와 최성락 보건 정책국장을 공동추진위원장으로 하여 [지역사회 일차의료 시범사업] 추진위원회가 발족되었다. 선정된 5개 지역 중 지자체 예산을 지역의사회로부터 승인받지 못한 시흥시를 제외하고, 전라북도 전주시, 무주군, 서울시 중랑구, 강원도 원주시 등 4곳에서 진행되었다.

각 지역의사회의 부단한 노력과 열정에 힘입어서, 무주군 한양내과 그리고 원주시 이형준내과를 시작으로 참여의원 등록이 진행되었고, 2014년 11월 17일, 원주시 생협 밝은의원에서 대한민국 보건의료서비스 역사의 한 획을 긋는 [지역사회 일차의료 시범사업]의 첫 교육상담서비스가 시작되었다.

2014년 10월 31일 추진위원회 발족부터 2015년 3월 18일 현재까지 전체 등록의원과 교육현황은 다음과 같다.(표 3)

Ⅱ 표 3. 전체 등록의원과 교육현황 Ⅲ

지 역	등록의원수	참여환자수	교육실적		
			질병교육	건강교육	계
서울 중랑구	30	1,252	1,525	180	1,705
강원 원주시	34	1,360	2,424	160	2,584
전북 무주군	11	440	900	356	1,256
전북 전주시	77	3,498	4,991	2,869	7,860
계	152	6,550	9,840	3,565	13,405

4. 시범사업의 정책적 함의

한국사회에서 [지역사회 일차의료 시범사업]이 가지는 정책적 함의를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 일차의료의 영역과 그 역할을 규정하여, 국가 보건의료시스템 내 의료기관 종별 기능 재정립에 기여한다. 현행 보건의료시스템의 저비용-저수가 정책 및 상대수가 정책은 의료기관 종별 기능 분담을 저해하고 의원과 병원, 종합병원이 환자를 두고 경쟁하게끔 하는 결과를 초래하였다. 본 사업에서는 일차의료기관이 본래의 기능인 지역사회 내 만성질환 예방과 관리를 수행함으로써, 2,3차 의료기관의 불필요한 외래 수요를 조절하고 본래의 입원환자 관리, 교육 및 연구개발 기능을 회복할 수 있다고 보았다. 일차의료기관 기능의 원활한 수행을 위해 본 사업에서는 기존의 국가 만성질환관리사업에서 도외시했던 의사의 예방 교육 및 상담에 수가를 부여하는 공급자 유인책을 최초로 도입하였다.

둘째, 만성질환 관리 프레임은 기존의 치료 중심에서 의사주도의 예방과 관리 중심으로 전환하여, 한국형 CCM²⁾ 모델의 기반을 마련하였다. 만성질환 이환은 생활습관과 밀접한 연관이 있어, 그 예방과 관리를 위해서는 지속적 검사나 치료뿐만 아니라 영양, 운동 등과 같은 생활 속 습관의 개선이 필수적이다. 기존의 만성질환관리 프레임에서는 생활습관과 관련된 부분을 개인의 책임으로 보고 의료진의 개입을 고려하지 않았다. 본 사업은 심뇌혈관질환 선형질환인 고혈압, 당뇨병이 중증 심뇌혈관질환으로 이행되는 것을 막고자 의사를 통해 예방과 관리 교육을 제공한다. 의사의 전문성에 기반한 일대일 교육의 제공은 환자-의사관계의 신뢰도 향상에도 기여할 뿐만 아니라 환자의 수용도를 높여 예방행동 실천 동기를 자극하는 데 효과적인 것으로 알려졌다. 또한 일차의료기관 네트워크의 활용은 보건소를 통한 교육보다 환자의 접근성을 높일 수 있어, 본 사업을 통해 새로운 만성질환 관리모델 수립을 위한 근거를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

2) 만성질환관리모형(Chronic Care Model, 이하 CCM)에서는 일차의료 환경에서 질 높은 만성질환 관리를 위해서 환자 동기부여되고 정보가 충분한 상태이어야 하며, 환자에게 제공되는 의료서비스는 활동적인 건강관리 팀 단위의 준비된 접근이 필요하다고 제시하고 있다.

셋째, 일차의료기관을 통해 제공되는 만성질환 관리교육을 표준화하였다. 이전까지 제공된 만성질환 관리교육은 개별 교육기관이나 보건 의료기관이 자체적으로 제작한 교육자료를 활용해 왔다. 따라서 과학적 근거가 확인되지 않은 권고, 상업적인 광고 등 환자의 건강에 직접적으로 위해를 끼칠 수 있는 내용을 통제하기 어려웠다. 또한 교육제공자의 지식이나 경험, 커뮤니케이션 스타일에 따라 교육의 질이 달라지는 등 동일한 수준의 교육이 제공되었다고 보기 어렵다. 이에, 본 사업에서 개발·활용하고 있는 표준화된 교육 자료는 근거-기반 콘텐츠를 환자에게 가장 효과적으로 전달할 수 있도록 시각적 효과와 학습의 순서까지 고려하여 교육공학적으로 설계되었으며 이를 웹기반 의사용 교육포털을 통해 서비스하고 있다. 특히 일차의료기관의 의사가 전통적 역할의 일차의료 전담의만이 아닌 다양한 수준의 전문의와 전공이 섞여있는 현실에서 전문과와 관계없이 모든 환자들에게 양질의 표준화된 교육을 제공할 수 있어 향후 일차의료 질 관리 및 만성질환 관리 상태 개선에 크게 기여할 것으로 예측된다.

“의약분업정책 도입 이후 지속된 의료계와 정부 간의 상호불신은 기존 사업의 저조한 결과로 이어져 국가적 낭비를 초래했다. 본 사업을 통해 시도되는 공적기관-일차의료기관 간의 정책적 공조는 두 주체 간의 상호 존중으로 나아갈 수 있는 초석이 될 것이다.”

넷째, 지역의사회의 주도적이고 자율적인 참여를 기반으로 공적기관과 일차의료기관의 공조체계를 시험하는 토대가 될 수 있다. 의약분업정책 도입 이후 지속된 의료계와 정부 간의 상호불신은 기존 사업의 저조한 결과로 이어져 국가적 낭비를 초래했다. 본 사업을 통해 시도되는 공적기관-일차의료기관 간의 정책적 공조는 두 주체 간의 상호 존중으로 나아갈 수 있는 초석이 될 것이다. 지역의사회로부터 공감과 지지를 얻을 수 있는 아젠다를 세팅하는 것으로부터 출발한 본 사업은 각 단계별로 지역의사회가 참여하여 각 지역별 특성에 맞는 사업계획을 수립하고 수행하도록 독려해왔다. 이러한 긍정적 상호공조의 경험을 토대로 앞으로 공적기관과 일차의료기관 간의 정책적 협력 체계가 구축되기를 기대해볼 수 있다.

선택진료비 축소와 손실보전 방안

지 영 건

차의과학대 예방의학교실 교수/대한병원협회 보험위원
ykjee@cha.ac.kr



〈편집자주〉 보건복지부가 선택진료비로 인한 손실이 100% 이상 보전되도록 하겠다고 강조하고 있으나, 병원계는 여전히 경영난의 가중을 우려하고 있다. 본지는 병원계가 선택진료비 축소 정책으로 인해 실제 당면하고 있는 경영상의 문제점을 진단하고, 병원의 경영 안정화와 국민에게 양질의 의료 제공이라는 두 마리 토끼를 잡을 수 있는 묘안을 생각해보고자 한다.

2013년 박근혜 정부가 출범하면서 선택진료비의 문제는 ‘환자의 선택권’이 아닌 ‘환자의 부담완화’의 측면으로 대두되었다. 그리고 작년 7월 정부는 「선택진료 개선 및 수가 개편 방안」을 발표하였고, 8월부터 바로 시행되었다.

병원의 입장에서 선택진료 수입이 건강보험의 낮은 수가로 인한 병원 경영 손실을 만회하는 데 어느 정도 보탬이 되어 왔다는 것은 정부도 인정하는 사실이다. 병원들 입장에서 심각히 우려하는 것은 축소 또는 폐지 이후의 경영 손실의 문제다. 따라서 선택진료비를 받던 병원에서는 선택진료비 축소 자체를 반대하기보다는 어느 정도 손실보상을 받을 수 있을 것인가에 초점이 집중돼 있었다. 정부는 ‘고도의 수술과 처치 등의 수가 인상, 중증환자를 대상으로 한 의료서비스의 수가 조정’으로 병원의 손실을 보전하였다고 했지만, 반 년이 지난 현 시점에서, 상당수의 병원들이 제대로 손실 보전이 되지 않고 있다고 하소연하고 있다.

이 글에서는 우리나라의 선택진료 현황을 살펴보고, 정부가 충분히 손실을 보상해 주었다고 함에도 불구하고, 다수의 선택진료병원들이 왜 제대로 손실 보상을 받지 못하고 있다고 하는지 분석해보고자 한다.

우리나라의 선택진료를 실시하는 병원은 전체 2,174개 중에서 17%인 370개 병원이다. 상급종합병원에서는 43개 병원 모두에서 선택진료를 시행하고 있으며, 500병상 이상의 병원에서는 74%에서, 전문병원에서는 52%에서 선택진료를 시행하고 있다(표 1).

2013년 6월말 현재 선택진료비의 규모는 총 1조 3157억원이며, 이중 71%는 상급종합병원에서 발생하고, 16%는 500병상 이상의 종합병원에서, 7%는 300~499병상의 종합병원에서 발생하고 있었다(표 2).

표 1. 선택진료를 실시하는 병원 수(2013년 6월말 기준)

구분		전체 병원 수 (A)	선택진료 병원 수 (B)	B/A (%)
전 체		2,174	370	17.0
상급종합병원		43	43	100.0
종합병원	소계	280	116	41.4
	500병상 이상	50	39	78.0
	300~499 병상	65	40	61.5
	300병상 미만	165	37	22.4
병원	소계	1,437	175	12.2
	전문병원	75	39	52.0
	전문병원 외	1,362	136	10.0
치과병원		207	24	11.6
한방병원		207	12	5.8

■ 표 2. 선택진료비의 항목별 규모(2013년 6월말 기준) ■

구분		진찰료	입원료	검사료	영상진단 등	마취	정신요법	처치수술	한방
전체(치과, 한방 포함)		14,224	11,985	17,780	26,604	10,141	1,712	48,993	132
상급종합병원		9,381	8,359	13,003	20,619	7,152	1,393	33,065	
종합 병원	소계	3,975	3,128	4,431	5,897	2,834	228	12,087	
	500병상 이상	2,644	2,078	3,043	3,211	1,847	168	8,017	
	300~499병상	957	773	1,316	2,356	828	64	2,908	
	300병상 미만	413	303	26	225	172		1,249	
병원	소계	785	367	390	39	172	100	3,711	
	전문병원	601	221	323	35	155		2,179	
	전문병원 외	166	150	51		6	115	1,564	

선택진료를 실시하는 병원들에서 선택진료 수익이 총 진료 수익에서 차지하는 비중은 상급종합병원이 8.5%였으며, 종합병원은 4.5%, 병원은 3.3%로서 병원의 규모가 클수록 선택진료 수입이 차지하는 비중이 컸다.

지난 8월부터 시행된 선택진료 축소의 방법은 항목별 선택진료 상한을 줄이는 것이었는데, 마취, 처치·수술, 한방의 경우 50% 수준으로 줄였고, 검사료, 영상진단 등, 정신요법은 60% 수준으로, 진찰료와 입원료는 각각 73%, 75% 수준으로 줄였다(표 3).

표 2 선택진료비의 항목별 규모에 표 3의 선택진료 축소 내역을 적용해보면, 선택진료에 따른 손실액을 표 4와 같이 추정해볼 수 있다. 다만, 모든 병원에서 법에서 정한 상한 비율을 적용한 것이 아니기 때문에 최대 추정액과 비중으로 이해하여야 한다. 특이한 점은 작년 7월의 선택진료 축소의 방법이 항목별 상한을 골고루 줄이는 것이었기 때문에, 선택진료를 하던 병원에서는 병원의 규모와 상관없이 41~45%의 선택진료 수입이 감소하였다.

한편, 정부는 선택진료 축소에 대한 보상으로써 표 5와 같은 손실 보상 방안을 실시하였다. 크게 보면 고도 수술 인상, 중증 서비스 신설, DRG 수가 인상으로 구분된다.

■ 표 3. 2014년 8월의 선택진료 축소 내역 ■

구분	진찰료	입원료	검사료	영상진단 등	마취	정신요법	처치수술	한방
2014. 7 이전(A)	55%	20%	50%	25%	100%	50%	100%	100%
2014. 8 이후(B)	40%	15%	30%	15%	50%	30%	50%	50%
B/A	73%	75%	60%	60%	50%	60%	50%	50%

【표 4. 병·의원수 및 입원진료 병상수 증가추이】

구 분		연간 선택진료비 규모		최대추정 손실액	최대추정 손실 비중
		2014. 7 이전	2014. 8 이후		
상급종합병원		928,784	542,089	386,695	42%
종합 병원	소계	325,790	190,303	135,487	42%
	500병상 이상	209,876	122,670	87,206	42%
	300~499병상	92,029	53,859	38,170	41%
	300병상 미만	23,885	13,891	9,994	42%
병원	소계	55,644	31,052	24,592	44%
	전문병원	35,150	19,853	15,297	44%
	전문병원 외	20,495	11,175	9,320	45%

【표 5. 2014년도 선택진료 축소에 따른 손실 보상 방안】

구분	세부 내역
고도 수술 인상	1,601개 항목에 대한 수가인상 (13~50% 인상)
중증 서비스 신설	입원중 협진진찰료 인정횟수 확대 (병원급) 암환자 공동진료 (상급종합병원) 소아신생아 수술처치 가산 특수마취 가산율 인상, 수가 인상 동시수술, 재수술 가산율 인상 중환자실 처치 횟수 확대 (상급종합병원) 혈액관리료 수가신설 가정간호관리료 수가 인상 및 산정횟수 완화 집중영양관리료 신설
DRG 수가 인상	

고도 수술 인상(1,601개의 수가 인상), 중증 서비스 신설, DRG 수가 인상에 대한 손실 보상의 추정액이 어느 정도인지 추정하기 위하여 고도 수술

인상에 대하여 2012년도 빈도를 적용하고, 중증 서비스 신설, DRG 수가 인상에 대해서는 정부의 예상 비율을 적용하였다. 그 결과는 표 6과 같다.

【표 6. 고도 수술 인상에 따른 보상 효과 추정치 (2012년도 빈도 적용)】

	손실액 (백만원)	손실 보상 추정액 (백만원)				총 보상을	선택 진료병원 보상율
		고도 수술 인상	중증 서비스 신설	DRG 수가 인상	소계		
상급종합	386,695	229,481	104,238	8,287	342,006	0.88	0.88
종합병원	133,115	114,295	41,948	5,253	161,495	1.21	0.50
병원	27,497	37,005	28,882	9,580	75,467	2.74	0.30
계	547,307	380,781	175,067	23,120	578,968	1.06	

주 1. 고도 수술 인상 손실 보상 추정액은 2012년도 행위 청구 빈도를 적용한 추정치임.

주 2. 중증서비스 신설과 DRG 수가인상의 손실보상 추정액은 정부가 예상한 비율을 적용함. 고도수술인상 : 중증서비스 신설 : DRG 수가인상 비율을 상급종합병원 0.65:0.30:0.05, 종합병원 0.67:0.25:0.08, 병원 0.47:0.37:0.16로 적용함.

“병원 종별 총 손실액과 총 손실 보상액만 놓고 보면, 상급종합병원의 경우 총 손실 보상액이 총 손실액에 비하여 88%에 불과하다. 종합병원과 병원에 대해서는 손실 보상 총액이 손실 총액에 비하여 높다고 할 수 있지만, 선택진료를 하던 병원의 입장에서 보면 상당한 경영 손실을 초래하였다.”

상급종합병원의 경우 최대 3,870억원의 손실이 예상되었는데, 총 손실 보상은 88%인 3,420억원에 불과할 것으로 추정되었다.

종합병원의 경우 최대 1,331억원의 손실이 예상되었는데, 총 손실 보상 추정액은 1,615억원으로 121%가 보상될 것으로 추정되었다. 그러나 이것은 종합병원 전체에 대한 것으로서, 선택진료를 실시하는 병원의 비율이 41%이므로, 이를 감안할 경우 선택진료병원에서의 보상율은 50%일 것으로 추정되었다. 이는 손실 보상이 선택진료를 하던 병원이나 하지 않았던 병원에서 동일하게 분포되었다는 가정하에서 단순 계산된 것이므로, 실제로는 이보다 높을 것이다. 그럼에도 불구하고 100%에 훨씬 못 미칠 것은 분명해 보인다.

병원의 경우 최대 274억원의 손실이 예상되었는데, 손실 보상 추정액은 755억원으로 274%가 보상될 것으로 추정되었다. 그러나 이것은 병원 전체에 대한 것으로서, 선택진료를 실시하는 병원의 비율이 11%이므로, 이를 감안할 경우 선택진료병원에서의 보상율을 30%일 것으로 추정되었다.

이 역시 물론 손실 보상이 선택진료를 하던 병원이나 하지 않았던 병원에서 동일하게 분포되었다는 가정하에서 단순 계산된 것이므로, 실제로는 이보다 높겠지만 그럼에도 불구하고 이 역시 100%에 훨씬 못 미칠 것은 분명해 보인다.

결과적으로, 병원 종별 총 손실액과 총 손실 보상액만 놓고 보면, 상급종합병원의 경우 총 손실 보상액이 총 손실액에 비하여 88%에 불과하다. 종합병원과 병원에 대해서는 손실 보상 총액이 손실 총액에 비하여 높다고 할 수 있지만, 선택진료를 하던 병원의 입장에서 보면 상당한 경영 손실을 초래하였다.

물론, 선택진료를 하던 병원 개개에 대하여 100% 손실 보상을 기대한 병원은 없었을 것이고, 요구하기도 어렵다. 그럼에도 불구하고, 정부가 총 손실액 이상으로 보상해주었다는 원론에만 그쳐서, 선택진료를 하던 병원에서의 경영 손실에 대해서 못 본 척할 것이 아니라, 이들의 상황에 좀 더 귀 기울여 추가 보완 대책은 없었는지 살펴보는 점은 아쉬운 대목이다.

얼마 전에 보건복지부는 2015년도 보건복지부 업무계획 보고를 통하여 금년 8월부터 선택진료의사의 비율을 축소하겠다는 계획을 발표하였다. 2014년 8월에 항목별 선택진료 상한 비율을 건강보험 수가의 20~100%에서 15~50%까지 줄인 바 있는 보건복지부는 이번 8월부터 진료과목별로 2/3(약 65%)까지 의사 수를 줄여서 선택진료비 규모를 약 2,000억 원 이상 줄이겠다고 하였다.

선택진료의사의 축소는 방법론적인 측면에서

신중을 기해야 하는 부분이다. 환자가 선택하는 의사의 분야가 진료과목이 아닌 진료영역으로 세분화되는 상황에서 진료과목별로 한정지어 선택 진료의사의 비율을 축소한다는 것은, 선택권을 확대하는 것이 아닌 오히려 역차별을 초래하는 것일 수 있기 때문이다. 예를 들어 흉부외과 3인의 전문의(심장, 폐, 혈관)가 있는 병원에서 심장 전문의만 선택진료의사일 경우, 심장병 환자는 폐/혈관 환자보다 선택권 없이, 무조건 선택진료비를 내야하는 상황이 된다.

물론 지금과 같이 대형 병원에서 대다수 의사가 선택진료비를 받기 때문에 환자의 부담과 불만이 제기되는 상황을 개선해보려는 것은 충분히 이해가 된다. 그렇다고 강제적으로 진료과별로 할당하여 선택의사를 줄이는 것은, 선택진료비를 부담하는 환자 입장에서 ‘왜 내가 진료보는 분야의 의사만이 선택진료비를 받는가’의 불만이 제기될 것은 자명하다. 차라리 병원 전체의 80% 수준을 감소시킨다든지, 현재의 전문의 10년 요건을 더 강화한다든지 해서 병원과 환자 모두에게 받아들여질 수 있는 다른 대안은 없는지 살펴볼 필요가 있다.

또한 추가로 우려되는 점은 고도 수술 인상과 중증 서비스 신설을 통하여, 대형병원 위주의 선택진료 축소 보상 방법은 이미 사용하였다는 점

“선택진료비를 부담하는 환자 입장에서 ‘왜 내가 진료보는 분야의 의사만이 선택진료비를 받는가’의 불만이 제기될 것은 자명하다. 차라리 병원 전체의 80% 수준을 감소시킨다든지, 현재의 전문의 10년 요건을 더 강화한다든지 해서 병원과 환자 모두에게 받아들여질 수 있는 다른 대안은 없는지 살펴봐야 한다.”

이다. 즉, 고도 수술 인상과 중증 서비스 신설의 방법과 항목이 어느 정도 한계에 달한 만큼, 다른 방법이나 항목을 선정할 수밖에 없다. 결국 총 손실액만을 보상한다고 할 경우 그 보상액이 비선택진료 병원으로 분산되면서, 선택진료병원에서의 경영 손실은 2014년도보다 더 클 수 있다는 점이다. 즉, 총 손실액만이 아닌 추가적인 재원 투입을 통하여 선택진료병원에서의 경영 손실을 최소화하는 것이 요구된다.

비급여로서 환자의 부담이 적지 않았던 선택진료의 축소 내지 폐지는 나름 정당한 이유를 가지고 있다. 그렇다고 선택진료를 하던 병원들에게 일방적인 경영 손실을 감내하라고 하기보다는 정부는 병원계와 함께 적절하고 합리적인 방안을 함께 모색하고 추진할 필요가 있다고 본다.

금연 수기화를 통해 본 임상예방서비스의 필요성 및 세계적 동향

조 비 룡

서울대 의대 가정의학교실 교수
belong@snu.ac.kr



〈편집자주〉금연치료 건강보험 지원 사업이 시작되면서 담배를 끊기 위해 1차 의료기관을 찾는 이들이 증가하고 있다. 사실 선진국에서는 이미 만성질환 관리와 삶의 질 향상을 위해 임상예방서비스 수가개발을 하고 있으며, 여기에는 금연, 금주, 운동, 영양 등이 포함된다. 우리나라에서도 금연 수가화가 순조로이 정착되면 후속으로 다른 건강 요인들에 대한 수가화도 추진해야 하지 않을까? 금연 수기화를 통해 임상예방서비스의 필요성 및 외국 사례를 통한 시사점을 찾고자 한다.

I. 서론

올해 2월 25일부터 금연 임상서비스에 대해 급여 지원이 시작되었고, 7월부터는 금연치료에 대한 급여화가 시작될 예정이라고 한다. 너무 급히 시행되는 듯한 인상과 청구프로그램과 운영시스템에 대한 여러 우려점에도 불구하고, 3주가 채 지나지 않은 3월 13일 기준으로 전체 의료기관의 30% 이상에 해당하는 18,489개의 의료기관이 금연치료 의료기관으로 등록했고, 이중 5,549개의 의료기관에서 30,201명의 금연치료가 시작되었다고 하니 일차의료기관은 물론이고 흡연자에서의 호응도도 매우 높은 편이다. 이러한 금연 임상서비스에 대한 수가지원정책은 담배세의 인상으로 직접적으로 기인하지만, 최근 유럽과 미국, 호주, 일본 등의 동향을 보면 이는 임상예방서비스의 제도화 및 수가화라는 큰 틀 속에서 이루어지고 있으며, 이의 시작점이라고 볼 수 있다. 본고에서는 우리나라 금연수가화를 통해서 임상예방서비스의 필요성과 앞으로 나아가야 할 방향에 대해 논의해보고자 한다.

II. 금연 임상예방서비스의 제도화 필요성

금연치료에 대한 수가 지원 및 급여 제도화는 흡연이 폐암을 비롯하여, 만성폐쇄성 폐질환, 심장병, 중풍, 암 등 최근 증가하고 있는 많은 질환의 주요 원인¹⁾이기 때문이다. 하지만, 그림 1에서처럼 우리나라 흡연율의 감소는 최근 그렇게 크지 않고, 여성의 경우는 오히려 증가하고 있는 추세이다. 표 1에서 보다시피 남자의 흡연율은 OECD국가들 중 가장 높다.

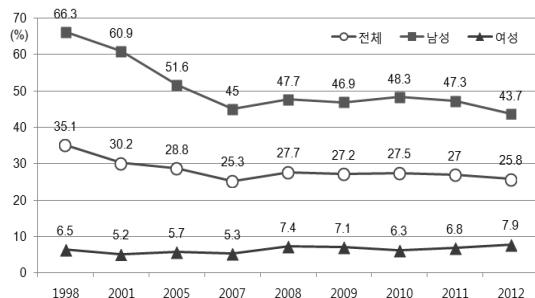
“금연 임상서비스에 대한 수가지원정책은 담배세의 인상으로 직접적으로 기인하지만, 최근 유럽과 미국, 호주, 일본 등의 동향을 보면 이는 임상예방서비스의 제도화 및 수가화라는 큰 틀 속에서 이루어지고 있으며, 이의 시작점이라고 볼 수 있다.”

흡연이 우리나라 국민들 건강 악화의 주요 인자임이 확실한데도 불구하고 잘 조절되지 못하고 있는 데는 여러 원인들이 알려져 있다. 먼저, 사회적인 원인이 크게 작용하는데, 담배가 일상에서 다른 기호식품들과 같이 판매되고 있어 어렵지 않게 구입할 수 있고, 특히 우리나라에서 담배의 가격이 저렴하다는 점과 매력적인 담배 광고들로 인한 흡연에 대한 좋은 이미지 등은 금연을 어렵게 하고, 오히려 흡연을 부추기기도 한다. 여기에 흡연에는 ‘니코틴 중독’이라는 생물학적인 원인이 같이 자리하고 있어 다른 건강위험요인들에 비해 일반 의지만으로 조절하기 힘든 측면이 있다. 그런데 이렇게 건강을 악화시킬 수 있는 흡연 습관의 조절을 도와주어야 하는 의사들에게 금연서비스는 그 절대적 필요성에도 불구하고 제공이 쉽지 않은 것이었다. 바쁜 진료시간에 쫓기다 보면 단순한 금연권고도 힘들고, 시행했다 하여도 추가적인 금연효과 증가를 위해 금연 상담이나 약물치료를 시행하려면 여러 문제들이 발생했다. 금연상담은 상당히 전문적인 기술이 요구되며, 때에 따라서는 상당히 많은 노력과 시간이 소요되는데, 이

1) U.S. Department of health and human services(USDHHS). The health consequences of smoking—50 year of progress: a report of the surgeon general. 2014 ○ (이상영, 2009) ○ (정영호, 2013)

에 대한 보상은 거의 없었다. 니코틴중독과 금단 증상으로 금연약물을 사용하려면 높은 본인부담금에 환자들이 부담스러워 하는 모습을 보며 의기소침해질 수 밖에 없다. 이러한 사유로 인해 금연에 수동적인 진료 환경은 환자들에게는 과연 금연이 진짜 중요한 것인지 의문이 들게 한다. 근거 없는 금연보조제나 보조요법의 상업성도 문제의 한몫을 담당한다. 비용만 들어가거나 오히려 부작용이 더 많은 여러 금연보조요법들이 여기저기 생기기 시작했고 이를 경험한 흡연자들은 금연요법 자체에 대해 회의감을 넘어 혐오스러움을 가지기도 한다.

이를 해결하기 위해서는 여러 장치가 필요한데, 금연 임상서비스의 급여화는 이 중 가장 시급하고 효과가 기대되는 제도이다. 수가가 책정이 되고, 제도화되면서 금연시도가 더 자주 효과적으로 일어나는 것 외에 의료제공자는 물론이고 일반인들에게 흡연이 진짜 나쁘고 해결되어야 할 문제라는 것을 인식시키는 것은 매우 중요한 효과 중 하나이다. 여러 금연서비스 중, 근거 있고 효과적인 서비스나 약물에 주로 혜택을 제공함으로써 국민들이 상업적인 사이버 치료에 현혹되지 않도록 하는 효과 또한 발생하게 된다.



■ 그림 1. 우리나라 흡연율 추이(1998~2012년, 보건복지부, 질병관리본부, 2012 국민건강통계, 2013) ■

■ 표 1. 우리나라 흡연을 및 OECD 평균 비교(2011년 기준, OECD Health Data 2013) ■

구 분 Division	15세 이상 매일 흡연자 비율 (% of population aged 15 + who are daily smokers)	
	한국	OECD 평균
전체 (%)	23.2	20.7
남자 (%)	41.6(남자 1위)	25.7
여자 (%)	5.1	16.3

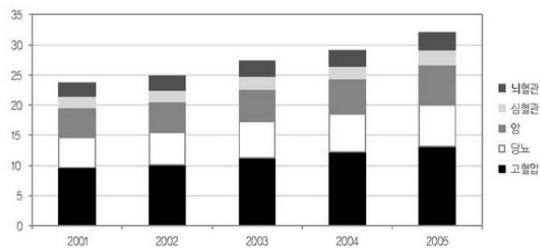
III. 임상예방서비스와 수가제도의 필요성

금연 임상서비스 수가지원 및 제도화는 중요한 건강문제였던 흡연에 대한 해결책으로 의미가 크지만, ‘임상예방서비스’의 시작점이라는 것에 더욱 더 큰 의미를 부여할 수 있다. 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 만성폐쇄성 폐질환, 관절염 등 만성질환 유병률의 증가를 관리하고, 증가하는 의료비를 조절할 수 있는 가장 현실적인 대책을 ‘일차의료기관 중심으로 시행되는 임상예방서비스’로 보고 있는데, 금연서비스의 급여화 및 제도화는 다른 임상예방서비스에 상당부분 비슷하게 적용될 수 있으며, 해외의 많은 국가들 또한 금연 서비스의 급여화로부터 시작하였기 때문이다.

1. 만성질환의 증가에 따른 임상예방서비스의 필요성

만성질환의 증가는 우리나라 뿐 아니라, 전 세계적인 추세인데, 이의 가장 큰 원인은 고령화이다. 전 세계가 고령화되어 있는데, 나이가 들수록 만성질환은 늘어나기 때문이다. 우리나라의 한 조사의 경우 65세 이상 노인인구는 평균 3개 이상의 만성질환을

보유하는 것으로 알려져 있는데(정영호, 2013), 65세 이상의 노인 인구가 차지하는 비율이 2000년 7%가 넘어 고령화사회에 들어선 이래, 2009년 10.7%까지 증가하였으며(신영석, 2010) 이러한 증가추세는 계속되고 있다. 이렇게 증가하는 만성질환으로 인한 사회적 부담은 그림 2와 같이 지속적으로 증가할 것임이 확실하다. 그런데 이러한 만성질환은 다행히 예방 및 조절이 상당부분 가능하며, 그 이유가 바로 임상예방서비스의 대상이 되는 흡연, 음주, 고염식, 신체활동 부족 등 건강위험요인들이다. 문제는 금연에서와 같이 이런 위험요인들이 여러 노력에도 불구하고 크게 좋아지지 못하고 있는 것이다. 이에겐 건강에 대한 접근이 여전히 예방적이 아니라 질병치료 중심이라는 것, 건강위험요인의 관리를 너무 개인적인 요인과 책임에 맡겨둔다는 데 있다. 이를 변경할 수 있는 중요한 제도가 일차의료를 중심으로 한 임상예방서비스이다.



■ 그림 2. 전체 국민건강보험 지출에서 만성질환이 차지하는 비율(이상영, 2009) ■

1) 임상예방서비스의 질병 악화 및 합병증 예방 효과

임상예방서비스를 통하여 질병의 진행 및 합병증의 발생을 예방하는 것을 기대할 수 있다는 근거는 다음과 같이 여러 연구에서 잘 밝혀져 있다. 심뇌혈관 질환을 경험한 군에서 금연한 군은 흡연을 지속

한 군보다 심뇌혈관 질환 재발률이나 외래 비용 등이 낮게 나타났다(Sicras-Mainar, 2013) 비만한 사람을 대상으로 체중감량을 위한 저지방식 식단이나 저탄수화물식, 저지방식을 제공하였을 때, 혈중 콜레스테롤 수치의 개선, 당뇨병 조절의 호전, 체중감량 등의 효과를 확인하였다(Shai, 2008). 혈압이 높은 사람을 대상으로 체중감량이나 저염식을 하도록 했을 때 체중감량과 저염식 모두 대조군에 비하여 수축기혈압이 약 3-6mmHg 감소, 이완기 혈압이 1-3mmHg 감소하는 경향을 보여 생활습관 개선이 장기적으로 고혈압 예방에 도움이 됨을 보여주었다(He, 2000). 혈압이 높은 사람을 대상으로 Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet를 하였을 때는 혈압이 유의하게 감소하는 것을 볼 수 있었고(Sacks, 2001) 의원 기반 만성질환관리사업 대상자에서 교육(OR 1.36 CI 1.11-1.66) 및 주기적인 혈액검사(OR 1.74, CI 1.39-2.18)가 혈압조절에 긍정적 효과를 미치는 것으로 나타났다(정원, 2013). 심뇌혈관질환 고위험군에 대해 교육정보센터 영양실습 교육프로그램이 체중, 체지방, 혈압 조절 여부 등에 긍정적 효과를 미치는 것으로 나타났다(남행미, 2011).

2) 임상예방서비스의 의료비 절감효과

만성질환자에 대한 적절한 생활습관 교정 서비스를 제공하였을 때 장기적으로는 의료비의 절감을 가져올 수 있다. 그림 3과 같이 복합적인 생활습관 교정의 재정 영향 분석 연구에서, 생활습관 교정 중재는 심질환 관련 의료비의 40%, 고혈압, 당뇨병 의료비의 30% 가량 절감 가능할 것으로 기대된다(DeVol, 2008).

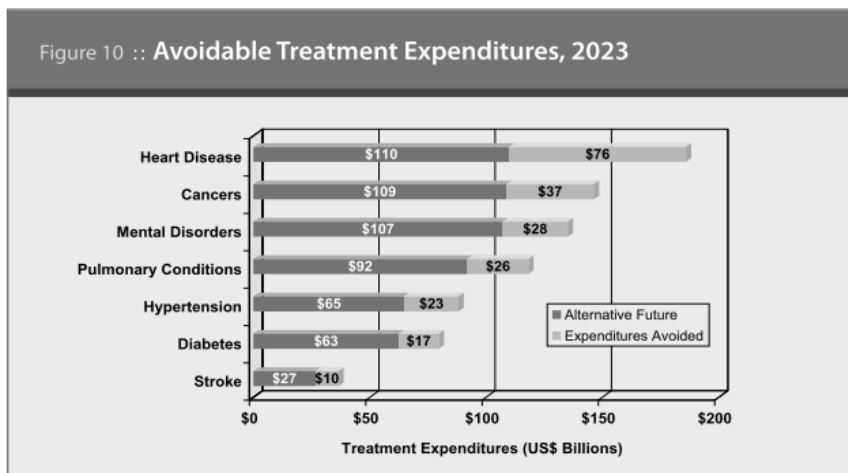


그림 3. 생활습관 교정으로 인해 절감 가능한 의료비 (DeVol, 2008)

2. 임상예방서비스의 일차의료기관을 통한 급여화의 필요성

금연이 건강관리에서 매우 중요한 방법임에도 불구하고 잘 시행되지 않았던 이유는 다른 임상예방서비스의 시행이 잘 되지 못했던 이유와 거의 동일하다. 즉, 이러한 것이 중요하다는 것은 어느 정도 인지되었지만, 구체적이고 근거 있는 실행 방법이 제시되지 못하였고, 오히려 상업적이고 비효율적인 방법들로 인한 피해들이 더 늘어나고, 의료제공자가 꾸준히 실행할 수 있는 제도적인 장치가 뒷받침되지 못하였기 때문이다.

이러한 임상예방서비스는 질병 발생 전, 혹은 합병증 발생 전에 선제적으로 제공되어야 하며 약물과 달리 병원에서 대상자가 의료진 혹은 전문가의 보조하에 꾸준히 관리를 하는 것이 필요하므로, 충분한 상담을 통해 동기를 부여하고, 유지하도록 도와주지 않으면 지속이 어렵고 효과도 떨어지게 된다. 즉, 임상예방서비스는 꾸준하고 지속적인 서비스 제공 및 관리가 필요하나, 대상자의 입장에서는 즉각

적인 보상이 없으므로 환자나 고위험군의 내부 동기만으로는 서비스를 지속적으로 이용하게 하기 어려운 측면이 있고, 의료인의 입장에서도 임상예방서비스를 제공하는 것에 대해 시간과 노력의 소모가 크므로 수거나 제도적인 뒷받침 없이 쉽지 않다.

급여화는 환자와 의사 모두에게 재정적인 인센티브가 될 수 있는데, 의사나 환자에 대한 재정적 인센티브가 얼마나 효과가 있는지, 어떤 방법이 가장 효과적인지에 대한 논란은 여전히 많다. 재정적 인센티브 자체의 효과가 없거나 미미하게 나온 연구들(Young, 2011)도 있으며, 타이완의 한 병원에서 의사에게 주는 인센티브의 영향을 평가하기 위해 의사의 보너스와 과별 성과 간의 관계를 확인한 결과 둘 간에 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Liu, 2013). 그래서 환자에게 재정적인 인센티브를 주는 것은 여러 측면에서 생각해볼 수 있으나, 예방서비스의 특성을 고려할 때 환자의 본인부담을 줄여 필요한 서비스의 접근도를 높이는 전략도 필요하다(Woolf, 2013). 기존의 많은 연구들에서 진료비가 적절한 서비스를 받은 것의 방해요인으로

알려져 있으며, 적절한 재정적 지원을 하였을 때 예방접종 등 예방서비스 이용이 증가하는 것이 보고되었기 때문이다(Hinman, 2005). 몇몇 국가에서 임상예방서비스의 본인부담금을 없애는 것은 바로 이러한 이유 때문이다.

하지만 다른 장치 없이 수가만 제공하게 되면, 실제 이 서비스가 꼭 필요한 대상이 아닌 조절이 쉬운 대상자만 서비스를 받게 된다거나, 근거 없는 임상 예방서비스들이 제공될 수 있다. 그렇기 때문에 현실적으로 이러한 부작용을 최소화하기 위해서는 일차의료에서 이의 시행여부를 판단하도록 하는 것이 가장 현실적인 해답이다. 그래서, 많은 국가에서 임상예방서비스에 대한 급여지원은 일차의료를 통해서 시행될 경우로 제한하는 경우가 많다.

IV. 임상예방서비스의 해외사례

1. 미국

미국인의 50% 이상이 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있고 이로 인한 의료비 지출이 전체 의료비의 75%에 달하는 반면, 예방사업에 지출되는 비용은 전체 의료비의 2%에 불과하여 미국인의 절반은 의학적으로 비용-효과가 입증된 예방서비스를 받지 못하고 있다. 그래서 2010년 3월 통과된 환자 보호 및 부담 가능한 의료에 대한 법(The Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)에서 2014년부터 모든 필수적인 임상 예방서비스를 보험의 급여범위에 포함하도록 명시하여 현재 임상예방서비스가 실시되고 있다. 이 법에 의하여 미국 Medicare에서는 Plan B를 통해 가입환영 신체검사, 심혈관검사, 유방암검사, 자궁경부암검사, 금연상담, 대장 및 직

장암검사, 독감예방접종, 전립선암검사, 폐렴구균예방접종, b형간염예방접종, 골밀도검사, 당뇨병검사, 녹내장검사, 매년 Wellness visit 등 총 22종류의 예방서비스를 제공하고 있으며, 임신부와 소아에 대한 특화된 예방서비스도 제공하고 있다. 예방서비스 항목의 급여화는 미국 예방적 서비스 특별위원회(USPSTF; US Preventive Services Task Force)의 권고안에 따라 결정되며 각 수가 코드에 대해 수가 및 청구 가능 횟수를 정한다.

미국 임상예방서비스의 제공 기관, 수가 등은 아직 여러 모형들이 시범사업을 실시하고 있고, 각 주에 따라 다른 원칙을 적용하고 있다. 최근 임상예방서비스와 만성질환 관리를 모두 함께 제공할 수 있는 모델로서 Patient Centered Medical Home(PCMH)가 가장 기대되고 있다. PCMH는 미국 내 대표적인 일차의료 기구 4개(American Academy of Family Physicians, American College of Physicians, American Academy of Pediatrics, American Osteopathic Association)가 일차의료 개혁에 대한 공동비전 보고서인 'The Joint Principles of a Patient Centered Medical Home'을 발표하며 제시한 모델이다. PCMH의 서비스 제공 5가지 원칙으로 Personal Physician, Physician directed medical practice, Whole person orientation, Care is coordinated and/or integrated, Quality and safety가 제시되었다. 이러한 5가지 원칙을 이루기 위해 health IT, 지불시스템이 중요한 요소로 고려되었는데, IT는 Meaningful Use로서 실현되고 있고, 지불시스템은 Fee for Service뿐 아니라, 정액제, 성과급 등 여러 제도가 복합돼 제시되고 시범사업으로 진행되고 있다.

2. 영국의 임상 예방서비스

영국은 인두제가 기본이어서 임상예방서비스가 가장 잘 제공되어야 하나 실상은 그렇지 못해 최근 Quality and Outcome Framework(QOF)를 통해 임상예방서비스를 강화하고 평가하고 있다. QOF는 NHS가 2004년 일차의료법(Primary Care Act)을 통해 임상예방서비스와 함께 주요 만성질환 관리의 성과에 따라 일차의료 제공자에게 보상을 하는 제도로 2005년 모든 영역에 도입하였다. QOF 지표에 비만, 흡연 등의 예방 의료서비스에 관한 임상 지표가 포함되어 있어 이를 제대로 제공할 때 인센티브가 주어진다.

3. 호주의 임상 예방서비스

호주에서는 예방서비스의 경우 질병별로 수가가 산정돼 있는 형태가 아니고 예방서비스 제공 유무에 따라 관련 급여 지급이 이루어지고 있다. 일차의료 의사가 만성질환 예방에 대한 교육 및 상담을 시행할 경우, 정해진 수가가 지급되는데 그림 4와 같이

진료 시간에 따라 차등적인 금액이 명시되어 있다. 교육상담, 예방적 약물, 예방적 치료로 구분할 수 있으며 예방적 약물에 급여가 많이 이루어지고 있다. 일차의료 임상예방서비스의 활성화를 위해 의원성과 급제도(PIP; Practice Incentive Program)를 시행하고 있는데, 이는 행위별수가와 별도로 비행위수(non fee for service)를 결합한 지불제도로, 행위별수가에서 지급하지 않는 천식 및 당뇨병 환자의 예방서비스 혹은 자궁검진 지원 등에 대한 보상을 제공하고 있다. 비행위수는 질환별로 차이가 있으나 의료진에 대한 인센티브가 환자 등록 및 관리 체계, 서비스 과정, 결과구성요소 등의 3단계로 제공되며, 환자도 이 계획에 따라 진료를 받을 경우 비급여서비스를 할인받는 경제적 인센티브를 받게 된다. 예를 들어, 대표적인 당뇨병 PIP의 경우, 환자가 등록하면 1인당 1호주달러를, 기본 검사와 합병증 검사 및 영양, 흡연, 운동 상담을 포함한 치료프로그램을 완료하였을 경우 환자 1인당 40호주달러를, 연간 프로그램을 완료한 수가 일정 목표치에 도달한 경우 환자 1인당 20호주달러의 인센티브를 제공받게 된다.

■ 그림 4. 메디케어 호주에서 예방서비스 상담 수가 예시 (호주 보건부, 2014) ■

LEVEL B			
Professional attendance by a general practitioner (not being a service to which any other item in this table applies) lasting less than 20 minutes, including any of the following that are clinically relevant:			
a)	taking a patient history;		
b)	performing a clinical examination;		
c)	arranging any necessary investigation;		
d)	implementing a management plan;		
e)	providing appropriate preventive health care;		
in relation to 1 or more health-related issues, with appropriate documentation.			
(See para A40 of explanatory notes to this Category)			
Fee:	\$42.75	Benefit: 75% = \$32.10	85% = \$36.35
Extended Medicare Safety Net Cap: \$128.25			
LEVEL C			
Professional attendance by a general practitioner (not being a service to which any other item in this table applies) lasting at least 20 minutes, including any of the following that are clinically relevant:			
a)	taking a detailed patient history;		
b)	performing a clinical examination;		
c)	arranging any necessary investigation;		
d)	implementing a management plan;		
e)	providing appropriate preventive health care;		
in relation to 1 or more health-related issues, with appropriate documentation.			
(See para A40 of explanatory notes to this Category)			
Fee:	\$82.65	Benefit: 75% = \$62.00	85% = \$70.30
Extended Medicare Safety Net Cap: \$247.95			

4. 일본의 임상 예방서비스

일본은 고지혈증, 고혈압, 당뇨병자의 종합관리에 대해서는 생활습관병 지도관리료를 산정하여 고혈압 등의 생활습관병을 주 질병으로 하는 환자에 대해서 치료 계획을 기초로 생활습관에 관한 종합적인 지도 및 치료 관리를 행한 경우에 월 1회에 한해서 청구할 수 있게 하고 있다(보건복지부, 2002). 2006년 금연에 대한 급여화를 시작하였고, 2008년 4월부터는 ‘고령자 의료의 확보에 관한 법률’에 근거하여 40~74세 의료보험자를 대상으로 생활습관병 예방을 위한 특정건강검진 및 특정보건지도를 의무화하였다(서동민, 2011). 특정 건강검진의 판정결과에 따라 수진자는 적극적인 지원수준·동기를 갖도록 지원수준·정보제공수준으로 그룹화하여 각각 해당하는 보건지도를 시행한다. 동기마련지원은 면접을 통한 1회의 지원을 원칙으로 하고, 6개월 후 실적을 평가하게 된다. 특정건강검진 결과를 토대로 개별(20분 이상) 또는 그룹별(8명 이하, 80분 이상) 면접을 통해 시행하고 생활습관 개선과 관련된 긍정적/부정적 측면을 설명한 후 개선사항의 실천을 위한 지도를 시행하

며, 6개월 이후 실제 신체상황 및 생활습관에 변화가 나타났는지 평가한다. 수가청구 가능금액은 동기부여지원은 7,560엔, 적극적 지원은 23,760엔(180포인트 필요)이다(일본 후생성, 2014). 수가청구 가능금액에 도달하지 못한 경우 다소의 서비스를 제공하였더라도 청구는 불가능하다.

V. 결론 및 발전방향

만성질환이 지속적으로 늘어나고 삶의 질을 떨어뜨리는 문제를 근본적으로 조절할 수 있는 가장 현실적인 해결책은 임상예방서비스에 대한 급여화 및 제도 정착이다. 하지만, 효과적인 성과를 내기 위해서는 그림 5에서와 같이 이를 구현할 수 있는 정보시스템이 지원되어야 하며 예방서비스의 질과 효과를 평가하고 이에 대해 보상을 할 수 있는 시스템과 서비스의 기준이 될 수 있는 근거 중심의 질환 및 심각도별 예방서비스 프로토콜이 개발되어야 하고 전문인력에 대한 개발과정이 꼭 필요하다.

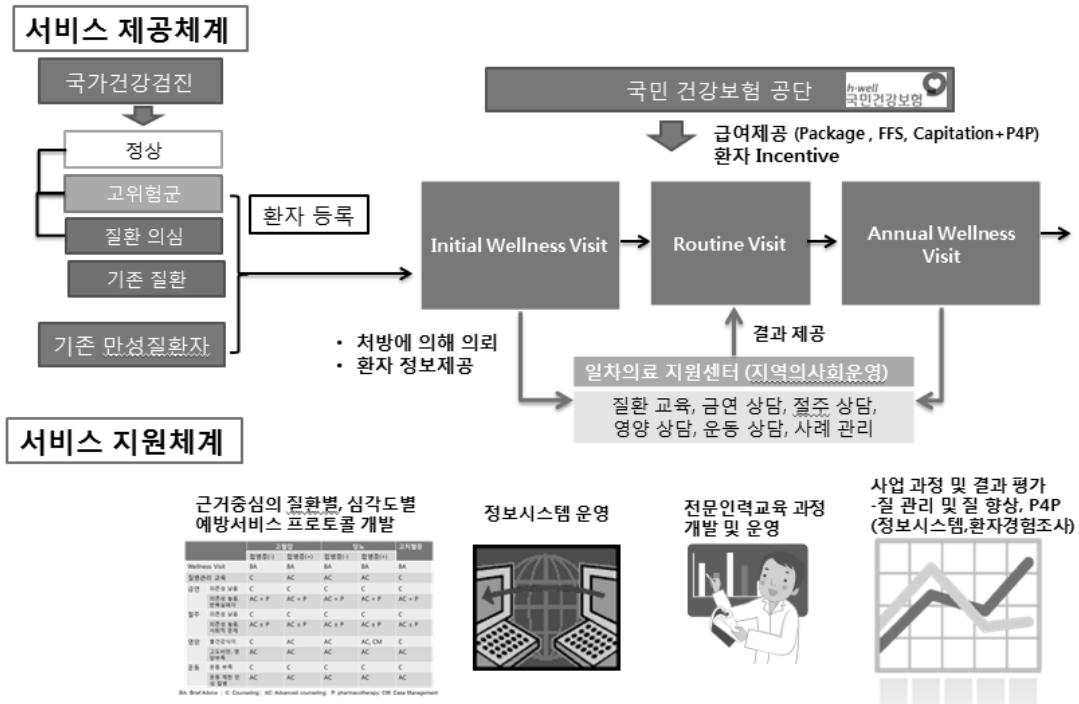


그림 5. 우리나라 임상예방서비스 모식도

참고문헌

- 1) Jung K-W, Won Y-J, Kong H-J, Oh C-M, Lee DH, Lee JS: Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2011. *Cancer Research and Treatment* 2014, 46(2):109-123.
- 2) Rowland JH, Hewitt M, Ganz PA: Cancer survivorship: a new challenge in delivering quality cancer care. *Journal of Clinical Oncology* 2006, 24(32):5101-5104.
- 3) Yang HK, Information Committee of the Korean Gastric Cancer Association. Current Status of Clinical Practice for Gastric Cancer Patients in Korea - a National Survey. *J Korean Gastric Cancer Assoc.* 2004 4(2):95-108.
- 4) Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2006;24(6):848-55.
- 5) Curtis RE, Freedman DM, Ron E, Ries L, Hacker DG, Edwards BK, et al. New Malignancies Among Cancer Survivors: SEER Cancer Registries, 1973-2000. Bethesda, MD: 2006.
- 6) Dong C, Hemminki K. Second primary neoplasms in 633,964 cancer patients in Sweden, 1958-1996. *Int J Cancer.* 2001; 93(2):155-61.
- 7) Shin DW, Kim YW, Oh JH, Kim SW, Chung KW, Lee WY, Lee JE, Lee WC, Guallar E, Cho J: Knowledge, attitudes, risk perception, and cancer screening behaviors among cancer survivors. *Cancer* 2011, 117(16):3850-3859.
- 8) Shin DW, Nam JH, Kwon YC, Park SY, Bae D-S, Park CT, Cho C-H, Lee JM, Park SM, Yun YH: Comorbidity in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general female population. *Oncology* 2008, 74(3-4):207-215.
- 9) Earle CC, Neville BA: Under use of necessary care among cancer survivors. *Cancer* 2004, 101(8):1712-1719.
- 10) Ahn E, Shin DW, Cho S-I, Park S, Won Y-J, Yun YH: Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2010, 19(8):2097-2105.
- 11) Yang H-K, Shin D-W, Park J-H, Kim S-Y, Eom C-S, Kam S, Choi J-H, Cho B-L, Seo H-G: The association between perceived social support and continued smoking in cancer survivors. *Japanese journal of clinical oncology* 2013, 43(1): 45-54.
- 12) Shin DW, Kim SY, Cho J, Sanson-Fisher RW, Guallar E, Chai GY, Kim H-S, Park BR, Park E-C, Park J-H: Discordance in perceived needs between patients and physicians in oncology practice: a nationwide survey in Korea. *Journal of Clinical Oncology* 2011;JCO. 2011.2035. 9281.
- 13) Park J-H, Park E-C, Park J-H, Kim S-G, Lee S-Y: Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology* 2008, 26(8): 1302-1309.
- 14) Shin DW, Kim Y, Baek YJ, Mo HN, Choi JY, Cho J: Oncologists experience with second primary cancer screening: current practices and barriers and potential solutions. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012, 13(2):671-676.
- 15) Oeffinger KC, McCabe MS: Models for delivering survivorship care. *Journal of Clinical Oncology* 2006, 24(32):5117-5124.
- 16) Mao JJ, Bowman MA, Stricker CT, DeMichele A, Jacobs L, Chan D, Armstrong K: Delivery of survivorship care by primary care physicians: the perspective of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 2009, 27(6):933-938.
- 17) Shin DW, Cho B, Kim SY, Jung JH, Park JH. Management of cancer survivors in clinical and public health perspectives: current status and future challenges in Korea. *J Korean Med Sci.* 2013;28(5):651-7.

자동차보험의 심평원 위탁심사를 통해 살펴본 실손보험심사 심평원 이관의 문제점

서 인 석

대한의사협회 보험이사 / 로체스터병원 원장
bluedoc910@gmail.com



〈편집자주〉 지난 2013년부터 자동차보험에 대한 심사가 심평원으로 이관되면서부터 여러 가지 부작용이 속출하고 있는데도 불구하고, 이번에는 실손보험에 대한 심사 및 조정업무까지 심평원으로 이관될 조짐이어서 의료계의 우려가 커지고 있다. 사회보험제도의 재정 안정을 목표로 요양급여기준에 의해 심사하는 심평원이, 민간보험까지 심사함으로써 어떤 결과가 초래됐고 또 우려되는지 비판적 시각에서 살펴보고자 한다.

1. 서론

2014년 12월 금융위원회는 ‘실손보험료 안정화 방안’으로 환자가 가입한 보험사에 직접 진료비를 청구하는 현행 방식을 변경, 의료기관이 심사평가원으로 진료비를 청구토록 하겠다고 발표했다.

이는 실손보험료 안정화 방안이라기보다는 가입자들과 의료기관을 억압해 실손보험사의 손해를 줄이고 보험사의 이득을 대변하려는 정부의 의지로 비쳐졌다.

실손보험사 손해율의 가장 큰 부분을 차지하는 것은 광고비, 판매촉진비 등 수당, 보험대리점의 관리부실, 잘못된 보험상품 설계 등으로, 이미 잘 알려진 사실이다. 이같은 현행 실손보험제도 및 민간보험사의 근본적인 문제를 개선해야 할 정부가, 힘없는 보험가입자와 국민을 억누르고 최선의 진료를 하려는 의료기관에게 행정적, 금전적 문제를 전가시키려는 것이다.

이 문제는 지난 2013년 7월 자동차보험의 진료비 심사업무가 심사평가원(이하 ‘심평원’)으로 위탁토록 한 자동차보험의 심평원 심사이관(이하 ‘자보심사 이관’)과도 오버랩 된다. 이에 심평원로의 자보심사 이관을 진단해보고 실손보험의 심평원 심사에 대한 문제점을 고찰해보고자 한다.

2. 사회보험과 민간보험, 그리고 급여와 비급여

“자동차보험은 보상의 이념에 근거하여 최선의 진료를 통해 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 목적으로 하는 민영보험이며, 건강보험은 형평성의 이념에 근거하여 질병에 대한 비용효과적 원칙으로 치료하는 사회보험 성격인 공공보험이다.”

교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위해 최선의 진료를 보장하는 자동차보험은 비용효과 측면에서 급여의 적정성을 평가하는 건강보험(건강보험법 시행규칙 제29조)과 성격이 엄연히 다른 별개의 사항이다. 자동차보험은 보상의 이념에 근거하여 최선의 진료를 통해 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 목적으로 하는 민영보험이며, 건강보험은 형평성의 이념에 근거하여 질병에 대한 비용효과적 원칙으로 치료하는 사회보험 성격인 공공보험이다.

건강보험심사평가원은 건강보험법상 설립된 준정부기관으로 건강보험재정으로 운영이 된다. 즉, 설립 자체가 건강보험 심사를 위해 설립되었으며 사회적 합의에 의해 최소급여의 원칙(national minimum)에 따라 급여와 비급여 중 급여에 대해 심사한다.¹⁾

급여와 비급여는 이 최소급여의 원칙과 필수성에 따라 한국보건 의료원구원(NECA)에서 신의료기술

1) 베버리지 보고서는 다음과 같이 기술하면서 사회보험에서는 최소수준의 서비스를 제공하되 최소수준 이상을 제공할 room을 들 것을 권하며 영국은 베버리지 보고서 원리에 따라 NHS 병원에 자비부담병상(pay bed)을 허용하고, 민영병원을 인정하여 최소수준 이상의 의료를 제공하는 장치를 두고 있음.

* 출처 - 보건 의료체계의 발전과 성장: 보건행정학회지 2013;23(4):303-313, 이규식; 연세대 보건과학대학 보건행정학과.

* 근거 - The State in organizing security should not stifle incentive, opportunity, responsibility; in establishing a national minimum, it should leave room and encouragement for voluntary action by each individual to provide more than that minimum for himself and his family.

14. United Nations, Department of Public Information, Universal declaration of human rights, New York: United Nations, Department of Public Information; 1948.

결정 과정에 따라 의학적 유효성, 안전성을 검증하여 대한민국에서 행할 수 있는 의료행위인지 여부를 검증하게 되는데 심사평가원에서는 이를 통한 의료행위 중 사회보험의 취지에 맞는 비용효과적인 행위를 급여로 결정하고 나머지는 비급여가 된다.

즉, 심사평가원의 의료행위에 대한 심사와 평가는 진정한 의료행위 평가가 아닌 건강보험법상의 사회보험 범위 내에서 비용효과적인 요양급여 적정성 여부를 평가하는 것이다.²⁾ 또한 비급여는 태생이 비용효과적으로는 사회보험제도 내에 들어올 수 없는 행위이나 이미 NECA에서 의학적 유효성과 안전성은 입증 받은 행위이며, 아직까지 정립된 비급여 심사기준 등은 없다.

3. 심사평가원의 자동차보험 심사 문제

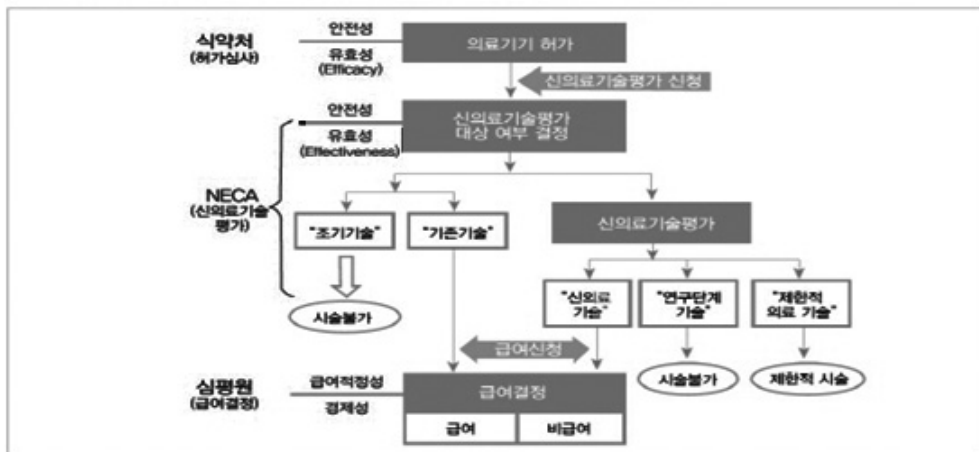
위와 같이 비용효과적인 측면을 우선시 하는 심사평가원에서 자동차보험의 진료비를 심사하는

것은 각 보험제도 고유의 목적에 따른 급여의 범위와 심사기준 등의 차이를 간과한 채, 성격이 전혀 다른 자동차보험에 적용하려는 것이었다.

결국 평균적 수준의 의료서비스만을 인정하고 있는 건강보험의 심사기준은 질병이 아닌 교통상해 환자에 대한 보상 부분과 기왕증 여부 등 자동차보험 진료의 특수성을 반영하지 못했으며, 일선 의료기관은 모호한 급여기준과 적극적인 검사를 비용의 논리로 삭감 조정하여 일선 의료기관은 자보 환자를 꺼리게 되고 환자들은 드문 합병증을 위한 특수 검사를 조기에 못하는 결과를 가져왔다.

그로 인해 자동차보험 환자는 본인이 낸 보험료로 최선의 치료를 받지 못하게 되고, 의료기관은 드문 합병증을 배제하기 위해 필요한 검사를 했음에도 불구하고 삭감되어 경제적 피해를 보는 일이 발생했다. 또한 그런 피해는 고스란히 민간 보험사들의 이득으로 돌아갔다.

자동차보험의 심사평가원 심사이관의 이유 중



주: NECA: 한국보건 의료연구원 (National Evidence-Based Healthcare Collaborating Agency)

【 그림 1. 의료기기 허가, 신의료기술평가, 건강보험 급여 결정의 흐름 】

2) 국민건강보험법 시행규칙 제29조(요양급여 등의 적정성 평가) ①심사평가원은 법 제63조제1항에 따른 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의학학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 하였는지를 평가하여야 한다.

표 1. 자동차 보험료 및 진료비 |

연도	보험료(억원)	진료비(억원)	진료비 비중(%)
2009	112,224	7,811	7.0%
2008	109,371	8,180	7.5%
2007	108,094	8,013	7.4%
2006	96,492	7,949	8.2%

(출처: 보험개발원 자동차보험료 보험통계연감)

하나로 국토부 및 손해보험사 측에서 이야기하는 것이 자동차사고 환자와 의료기관의 moral hazard다. 일간지와 방송매체에 매년 반복되어 나오는 ‘자보 나이롱 환자’는 우리에게 익숙하다. 그러나 2014년 2월 10일 보험연구원에서 발표한 자동차보험 손해율 분석과 시사점을 보면, 전년 동기 대비 담보별 손해율을 비교할 때, 대인배상을 제외한 전체 담보의 손해율이 악화된 것으로 나타났으며, 특히 대물배상담보 및 차량담보 손해율 악화현상이 두드러진 것으로 나타났다.³⁾ 한 의료전문지에는 “자보사들의 자동차보험 총수입은 연간 13조 원에 달하지만 치료비로 지급하는 금액은 7~8%인 8000억 원에 불과하다”며 “자보사들의 수입규모에 비해 치료비 비중이 너무 낮아 교통사고 환자들이 제대로 치료받을 권리를 누리지 못하고 있다”고 비판한 기사가 게재되기도 했다.⁴⁾

즉 자동차보험의 손해율에서 사고피해자의 치료비 지출은 해마다 일정했고 대물(차량 수리비 및 렌터카 비용) 보상으로 인한 손해율이 증가하였으며, 환자들을 위한 보상금은 전체 자동차보험

료의 7~8% 밖에 되지 않음에도 불구하고 언론에서는 마치 자동차보험 손해율이 사고환자들과 의료기관의 도덕적 해이에 의해 심화된 것처럼 과장했다. 실제 방만운영과 관리부실 문제를 개선하지는 못하고, 이에 대한 능력부족의 업보를 자보 심평원 심사이관을 통해 환자와 의료기관에 전가한 것이다.

물론 자동차보험 중 책임보험은 의무가입이므로 이에 대해 공보험적 성격이 있는 것은 어느 정도 공감할 수 있으나, 종합보험 범위의 배상금액은 보장범위도 가입자마다 다르며 결국 책임보험의 보상 주체 역시 민간보험사이므로 이를 의료기관에게 건강보험의 심사기관인 심평원에 일괄 청구하는 것은 환자와 의료기관에 보이지 않는 피해를 야기한 것이다. 따라서 현재 자동차보험의 심평원 청구에 대해 자동차사고 상해환자의 사고 전 원상복귀와 최선의 치료를 위한 기준 설정과 조기특수검사 등 손보사의 심사지급 문제, 상해환자에 맞는 명확한 심사기준 설정 등 자동차보험 심사청구제도의 개혁이 필요하다.

3) KIRI weekly 2014. 2. 10. 포커스

4) 2013. 12. 2. 의학신문 기사

4. 실손보험까지 확대되는 심평원 심사 이관

민간보험의 심평원 심사기관은 자보뿐만이 아니다. 서론에서 이야기한대로 2014년 12월 금융위원회는 ‘실손보험료 안정화방안’으로 실손보험의 청구를 의료기관이 심평원으로 하도록 하는 방안을 발표하였다. 이미 대한의사협회는 비급여 심사의 부적절성, 실손의료보험 계약 구조, 실손의료보험 손해율 증가에 대한 실질적 문제 간과 등을 이유로 반대하였다. 실손의료보험은 국민이 진료를 받는 과정에서 본인이 부담하는 비용이 발생할 것을 대비하여, 약정에 따라 본인이 부담한 진료비를 보상해주는 보험사의 상품에 가입하는 민간보험이다. 환자 본인이 부담하는 비용은 급여 진료비 중 건강보험에서 부담하는 비용을 제외한 본인부담금과 비급여 진료비로 이루어지는데, 급여 진료비는 현재 심평원에서 심사를 진행하고 있으므로 거론되는 실손보험의 전문심사기관 위탁은 비급여 진료비의 심사위탁을 의미한다.

현재 의료기관이 환자에게 비급여 진료를 제공하는 경우는, 의사가 의학적으로 판단했을 때 급

“급여행위는 전 국민이 납부한 한정된 건강보험료로 진료비를 부담하므로 최소한의 조정과 장치가 있어야 한다는 측면에서 심사가 필요하다고는 하지만, 비급여 행위는 환자의 동의하에 의학적으로 필요하다고 판단되는 진료행위를 추가로 실시하는 것이므로, 의학적 판단 및 일정 조건이 충족된다면 심사가 불필요한 것이다.”

여행위 이외에 환자에게 필요하다고 보아, 환자의 동의를 구하고 진료서비스를 제공하는 절차로 이루어진다. 위에서 전술한 대로 비급여는 NECA를 통과하여 의학적 안전성과 유효성은 입증 받았으나 비용효과적으로 사회보험 내에 들어오지 못한 의료행위이다.

따라서 급여행위는 전 국민이 납부한 한정된 건강보험료로 진료비를 부담하므로 최소한의 조정과 장치가 있어야 한다는 측면에서 심사가 필요하다고는 하지만, 비급여 행위는 환자의 동의하에 의학적으로 필요하다고 판단되는 진료행위를 추가로 실시하는 것이므로, 의학적 판단 및 일정 조건이 충족된다면 심사가 불필요한 것이다.

민간보험사와 환자 간의 계약으로 형성된 사적 자율적 관계에 정부가 끼어들어 강제로 개입하고 조정하겠다는 발상 자체가, 관치행정을 고집하는 정부의 마인드를 고스란히 보여주는 것이라 하겠다.

또한 실손보험의 비급여 심사가 시행될 경우, 의료기관이 의학적 판단에 의해 실시한 검사나 치료를 제공함에 따른 진료비를 받지 못함으로 인하여 의사의 진료행위가 위축되는 결과를 초래하고, 결국 환자들이 최적의 서비스를 제공받지 못하는 부작용이 발생할 것으로 예상되며 환자들에게 충분한 의료서비스를 제공하지 못하게 됨에 따라 질병의 사전발견 및 적기치료 등을 놓침으로써 장기적으로 의료비 지출이 증가할 개연성이 있다.

5. 결론

의료기관은 방문한 환자의 실손의료보험 가입 여부와 상관없이 환자에게 의학적으로 필요한 진료서비스를 제공해야 하는 입장이며, 보험사와 실손의료보험 가입자 사이에 보험금이 오가는 과정과 무관한 관계다. 따라서 보험사가 비급여 진료비로 소요되는 보험금을 줄이고자 한다면 계약 당사자인 환자와 해결 방안을 찾을 문제이지, 의료기관과 연관 지을 사항이 아니다.

그 동안의 보험사의 행태를 보면, 자신들이 고객 유치를 위해 무리하게 설계한 상품으로 인하여 손해가 발생할 경우 고객 불만을 우려해 보험 가입자에게는 문제제기 하지 못하고, 보험사 입장에서 비교적 상대하기에 부담이 적은 의료기관에게 책임을 전가하여 과잉진료라는 누명을 씌우고 무작위로 고소·고발 등의 방법을 통해 문제제기를 해왔다.

이러한 상황에서 전문심사기관을 통해 실손의료보험 심사를 실시한다는 것은, 보험사의 책임 떠넘기기 행태를 합법적으로 할 수 있는 발판을 마련해주는 것으로 사료된다. 실손의료보험의 경우 의료기관을 방문한 환자가 실손의료보험에 가입하였는지 의료기관이 파악할 수 없을 뿐만 아니라, 실손의료보험에 가입한 환자라 하더라도 환자가 보험사에 보험금을 청구하는 절차에 의료기관이 개입될 이유가 없다.

또 다른 측면에서, 건강보험심사평가원은 전 국민이 가입하고 있는 공적보험인 건강보험의 재정이 비용효과적으로 사용될 수 있도록 심사를 하기 위해 설립된 공법인 공공기관이다. 위에서 전술한 바와 같이 자동차보험 심사 위탁 법안이 논의될 당시, 민

“전문심사기관을 통해 실손의료보험 심사를 실시한다는 것은, 보험사의 책임 떠넘기기 행태를 합법적으로 할 수 있는 발판을 마련해주는 것으로 사료된다. 실손의료보험의 경우 의료기관을 방문한 환자가 실손의료보험에 가입하였는지 의료기관이 파악할 수 없을 뿐만 아니라, 실손의료보험에 가입한 환자라 하더라도 환자가 보험사에 보험금을 청구하는 절차에 의료기관이 개입될 이유가 없다.”

간보험을 공공기관이 심사하는 것은 부적절하다는 반대 여론이 거세게 형성되었지만, 모든 운전자가 필수적으로 가입하는 자동차보험 중 책임보험은 일부 공적 보험의 성격을 가진다는 주장에 따라 관련 법이 개정된 바 있어 수용되었다.

이 역시도 아직 의료계에서는 논란이 있으나 자동차보험과 달리 실손의료보험은 선택적으로 가입하는 상품임에도 불구하고, 의무가입 보험이 아닌 실손의료보험을 준정부기관인 심평원에서 심사한다는 것은 공적 기관이 사기업의 이익을 대변하는 결과를 초래한다. 이러한 문제점은 특정한 공공 목적을 위하여 설립된 공법인의 성격과도 배치되는 바, 심평원이 실손의료보험을 심사하는 것은 부적절하다.

마지막으로 보험사의 방만 경영에 대해서 살펴 봐야 한다. 실손의료보험은 불특정 다수가 향후 발생할 진료비를 대비하여 선택적으로 민간보험사의 상품에 가입하는 보험으로, 보험회사는 이익을 추구하기 위해 보다 많은 고객을 확보해야 한다. 그러기 위해서는 고객을 유인할 수 있는 상품

“정부는 보험사로 하여금 보험료 수입, 보험금 지급, 광고료, 판매수당 등을 상세히 공시하게 하고 실제 보험금 손실이 어디에서 발생하는지 밝히도록 하여 민간보험의 투명성을 재고해야 한다. 보험사는 가입자에게 징수한 보험금의 80% 이상을 환자에게 실제 제공한 의료비로 지급하게 해야 한다”

설계가 이루어져야 하는 바, 보험사들은 경쟁적으로 낮은 가격으로 보다 많은 보장을 해주는 상품을 개발하여 고객을 확보하고자 하였다. 뿐만 아니라, 홍보의 파급력을 극대화하기 위하여 고액의 모델을 섭외하여 광고를 시행하였으며, 결국 이러한 무리한 상품설계 및 행정비 소모가 손해율을 증가시키는 결과로 이어졌다.

따라서 실손보험료를 안정화시키기 위해서는 막연히 진료비 심사를 심평원에 위탁하는 것이 아니라 아래와 같은 사항을 해결해 나가야 한다.

우선 정부는 보험사로 하여금 보험료 수입, 보험금 지급, 광고료, 판매수당 등을 상세히 공시하게 하고 실제 보험금 손실이 어디에서 발생하는지 밝히도록 하여 민간보험의 투명성을 재고해야 한다.

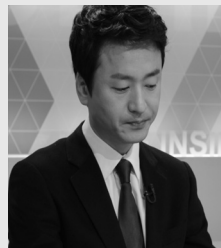
또한 보험사는 가입자에게 징수한 보험금의 80% 이상을 환자에게 실제 제공한 의료비로 지급하게 해야 하며, 일정 수준 이하 지급시 가입자에게 환급해줘야 하는 제도적 장치를 마련하여 가입자의 재산권을 보호해야 한다.

더불어 보험사로 하여금 4대 중증질환, 3대 비급여 등 정부의 건강보험 급여확대 정책으로 인하여 얻은 반사이익을 반영하여 보험료를 즉시 인하하도록 함으로써, 현실적인 실손의료보험 보험료를 구축해야 한다.

사이비 의료와의 전쟁

조 동 찬

SBS 기자 / 신경외과전문의
dongcharn@naver.com



〈편집자주〉 최근 대한의사협회는 방송에 출연해 근거 없는 치료법이나 건강기능식품 등을 추천하는 일명 ‘쇼 닥터’를 근절키 위해 가이드라인을 수립하고 상시 감시체계를 가동한다고 밝혔다. 생존을 위해 지푸라기라도 잡고 싶은 환자들의 심리를 악용한 사이비 의료. 최근 문제된 소금물 관장 목사 등 비의료인 뿐만 아니라 정작 의료인들까지 가세해 노골적인 상업성으로 흑세무민하는 실태와 문제점, 개선방안을 제시한다.

1. 변함없는 사이비 의료

30년 가까이 된 일이다. 신비한 능력을 지닌 사람이 세간의 관심을 받고 있었다. 그는 환자에게 수술을 해주고 있었다. 수술 장소는 병원이 아닌 그의 집이었고, 수술 도구는 두 손뿐이었다. 손으로 환자의 환부를 만지면 붉은 피가 나오는데 그러는 동안 그는 자연스럽게 검붉은 덩어리를 꺼냈다. 그는 이것이 환자의 암 덩어리라고 설명했고, 이를 지켜본 환자들과 가족의 얼굴에는 환희가 넘쳤다. 신기하게도 칼 없이 손으로만 환부를 절개하고, 피가 조금 나오지만 환자는 전혀 고통을 느끼지 않았다. 봉합도 간단한 손 동작으로 했는데 흉터를 전혀 남기지 않았다. 한 TV 시사프로그램이 그를 검증했다. 암 환자를 데리고 가서 그에게 수술을 받게 했다. 그리고 그 과정을 카메라에 담았다. 그런데 그 영상을 분석하는 과정에서 그의 행위가 속임수에 불과하다는 게 고스란히 드러나고 말았다. 그는 손안에

**“암환자를 데리고 가서 그에게
수술을 받게 했다.**

**그리고 그 과정을 카메라에 담았다.
그 영상을 분석하는 과정에서 그의 행위가
속임수에 불과하다는 게 고스란히
드러나고 말았다. 그는 손안에 붉은
물감으로 적신 솜 뭉치를 감추고 있었다.
솜 뭉치의 물감을 짜내며
수술 집도를 연기한 것이었다.
암 덩어리는 물감을 꼭 짜낸 후
색깔만 검붉게 남은 솜 뭉치였다.”**

에 붉은 물감으로 적신 솜 뭉치를 감추고 있었다. 솜 뭉치의 물감을 짜내며 수술 집도를 연기한 것이었다. 암 덩어리는 물감을 꼭 짜낸 후 색깔만 검붉게 남은 솜 뭉치였다.

2015년 2월, 한 목사 부부가 언론에 집중 보도됐다. 이 목사 부부는 말기 암환자에게 소금물 관장 치료를 해왔다. 얼핏 듣기에도 어설퍼 보이는 이 치료에 4만 명이 넘는 환자가 돈을 냈다. 여기에는 대장암으로 목숨을 잃은 ‘무식 팔’ 투수 최동원 씨도 포함됐다. 많은 사람이 이 목사 부부의 항암 치료에 참여하게 된 건 한의사의 도움이 컸다. 한의사 면허증이 있는 사람이 ‘소금물 관장이 암이나 난치병 치료에 도움이 된다’고 말해준다면 목사 부부의 치료는 전통성을 갖춘 그럴 듯한 치료로 여겨졌을 것이다. 경찰 조사결과 목사 부부가 운영한 ‘소금물 관장 캠프’에는 암, 고혈압, 당뇨, 아토피 등 쉽게 낫지 않는 난치병 환자들이 주로 다녀간 것으로 나타났다. 열흘 치료비용이 무려 120만 원이었다. 경찰 조사에서 밝혀진 것만 2009년부터 지금까지 7,000여명, 40여억 원 규모다. 목사 부부의 주장대로 4만여 명이 다녀갔다고 하면 피해액은 수 백 억 수준이 된다.

30년 전과 비교하면 우리나라의 살림살이는 크게 좋아졌다. 교육 수준은 세계 최고가 됐다. IT의 발달로 정보를 공유하는 것도 민주화됐다. 컴퓨터에 가지 않고, 스마트폰을 조금 조작하는 것만으로도 원하는 정보를 쉽게 얻을 수 있다. 여유 있게 높은 전문으로 많은 정보를 얻을 수 있게 된 것이다. 이 때문에 지금은 증권회사의 풍문으로 주식을 사는 사람은 바보 취급을 받고, 거짓 정보로 땅을 팔아왔던 ‘뺨다방’도 사라져가고 있다. 그런데 유독 의료분야

에만 국민의 향상된 정보 판단 능력이 적용되지 않고 있는 듯하다. 구강 세균을 줄여주는 효과를 입증하는 과학적인 연구가 없는데도 ‘오일 폴링’은 성행했다. 오히려 오일 폴링이 흡인성 폐렴을 유발시킬 수 있다는 과학적인 보고서가 버젓이 있는데도 말이다. 항암 성분이 확인되지도 않은 버섯도 고가의 항암제인 듯 팔리고 있다.

2. 사이비 의료의 생존 이유

2011년, *The New England Journal of Medicine*에 천식 치료에 관한 논문이 게재됐다. 천식 환자들에게 천식 치료제인 알부테롤(albuterol)이 얼마나 효과가 있는지를 알아보기 위한 연구였는데, 천식 환자들에게 알부테롤 말고도 위약을 흡입하거나 침술을 받게 했다. 알부테롤의 효과와 비교하기 위해서였다. 먼저 각각의 처치를 받은 환자들에게 스스로 얼마만큼 좋아졌다고 느끼는지를 평가했다. 천식 환자들은 아무런 처치를 받지 않았을 때도 21% 좋아졌다고 느꼈는데, 천식 치료약인 알부테롤을 흡입했을 때는 50% 좋아졌다고 느꼈다. 이러면 치료약의 주관적인 효과는 있는 것으로 봐야 한다. 하지만 위약은 45%, 침술도 46%나 주관적인 천식 증상 완화효과가 있는 것으로 나타났다. 주관적인 증세의 호전 정도는 알부테롤이나 위약 그리고 침술의 차이가 없었던 것이다. 하지만 1초 강제호기량(FEV1)을 측정했을 때는 결과가 달랐다. 알부테롤을 흡입한 환자들은 20.1% 향상됐지만 위약과 침술은 각각 7.5%, 7.4% 향상되는 데 그쳤다. 아무런 처치를 하지 않았을 때 7.1%가 향상된 것과 통계적으로 차이가 없었다. 가짜일지라도 그것을 진짜라고 믿으면 약

“가짜일지라도 그것을 진짜라고 믿으면 약효가 있는 것처럼 느껴지지만, 객관적인 평가 지표로 나타내기는 어렵다는 걸 보여주는 대표적인 연구결과였다. 하지만, 주관적인 느낌이 주는 효과를 냉철하게 바라보는 것은 인간의 본성상 어려운가 보다. 특히 교수, 의사, 한의사 같은 신뢰성 있는 직업인의 탁월한 연기력이 더해지면 말이다.”

효가 있는 것처럼 느껴지지만, 객관적인 평가 지표로 나타내기는 어렵다는 걸 보여주는 대표적인 연구결과였다. 하지만, 주관적인 느낌이 주는 효과를 냉철하게 바라보는 것은 인간의 본성상 어려운가 보다. 특히 교수, 의사, 한의사 같은 신뢰성 있는 직업인의 탁월한 연기력이 더해지면 말이다.

3. 전문가의 사이비 의료

몇 년 전 ‘생명수’가 암환자들 사이에서 인기였다. 21세기를 사는 문명인이 100년 전이나 통할 것 같은 생명수에 현혹된 것은 의아할 만한 일인데, 이유가 있었다. 생명수를 만들어 판매하는 사람이 유명 의과대학 교수였기 때문이다. 그는 생명수가 항암제처럼 암세포를 죽이면서도 항암제의 부작용이 없는 장점이 있다고 설명했다. 생명수가 만들어지는 과정은 간략하게 두 부분으로 나눌 수 있는데 항암제를 물에 녹이고, 이를 전기 분해해 자갈에 입힌다. 그리고 이 자갈에 다시 맑

은 물을 내리면 생명수가 되는데, 이렇게 만들어진 항암제 섞인 물은 암세포는 죽이면서도 정상세포에는 전혀 지장을 주지 않는다는 것이다. 의대교수가 이런 설명을 한다면 즉각 반박하기가 어려웠을 것이다. 아니 쉽게 사실로 받아들인다. 하지만 이런 이론은 학계에 발표된 적도 없고 검증된 적도 없다. 당연히 임상 시험을 거치지 않았고 식약처의 허가도 받지 않았다. 어떻게 이런 일이 그것도 의학의 성전인 의과대학에서 일어날 수 있을까 싶지만 실화다. 경찰은 해당 의대 교수를 식약처법 위반 혐의로 입건했고 수십 억 원 상당의 생명수를 팔아온 것이 확인됐다.

최근 한 의사는 TV 프로그램에 나와 유산균으로 불임 환자를 치료했던 경험을 이야기 했다. 유산균은 정상적인 식품이다. 장의 기능과 아토피에 도움을 줄 수 있다는 연구결과들이 있다. 하지만 유산균이 불임 치료에 도움을 준다는 연구결과는 없다. 이론적으로 불임치료 가능성이 제기된 적도 없다. 이 때문에 유산균을 불임 치료제라고 소개하는 것은 사이비 의료라 할 수 있다. 더군다나 그 의사는 자신의 이름을 딴 유산균 제품의 광고에도 등장한다. 그가 경험했다던 유산균 불임 치료 효과의 진실성이 의심되는 대목이다. 그리고 유산균에 불임치료 효과를 입히는 행위는 분명 사이비적이다.

최근 한 녹용을 만드는 회사로부터 의학 담당

“이런 사이비 의료에 등장하는 의사, 한의사들에게는 공통점이 있다. 신문에 그의 말을 인용한 기사가 실리고, TV 프로그램에 출연한 후 마침내 홈쇼핑에 등장한다는 것이다.”

기자들에게 보도자료가 배포됐다. 녹용은 ‘기운을 보강시키고, 면역력 증진, 노화방지 등에 효과가 있다고 잘 알려진 인기 보양 재료인데, 뇌 발달이나 기억 형성에 도움이 되는 강글리오사이드가 다량 함유돼 있어 어른 뿐 아니라, 성장기 아이들에게도 큰 도움을 준다.’는 것이다. 그리고 그 회사의 녹용 제품이 국민의 호응을 얻어 1천만 팩이나 팔렸다는 것이다. 여기에도 한 여성 한의사가 등장한다. 이 자료에 따르면 웰빙 한의사이자 약선요리 전문가라고 쓰여 있다. 신경외과를 전공한다는 녹용이 뇌 발달과 기억 형성에 도움이 된다는 연구결과를 접해보지 못했다. 나는 동의하지 않지만, 한의학을 과학으로 접근하는 건 부자연스러울 수 있다고 해도 짚어야 할 부분이 있다. 지난해 말 대한한 의사협회는 일반 약처럼 판매되고 있는 ‘백수오’와 ‘녹용’은 한의사가 환자의 체질에 따라 처방해야 하는 약이라고 선언했다. 모든 사람에게 일괄적으로 판매하는 건 바람직하지 않으며 이를 기사화 해달라며 보도자료를 배포했다. 과학적으로도 근거가 미약하고, 같은 동종 업계 단체의 지침과도 맞지 않는 한의학 정보라면 마땅히 사이비 의료로 분류되어야 한다.

그런데 이런 사이비 의료에 등장하는 의사, 한의사들에게는 공통점이 있다. 신문에 그의 말을 인용한 기사가 실리고, TV 프로그램에 출연한 후 마침내 홈쇼핑에 등장한다는 것이다.

4. 사이비 의료의 구조

지난해 말 과학기자협회가 창립된 지 30년을 기념하는 대토론회가 열렸다. 토론회의 주제는

‘의학 정보의 상업성’이었다. 다소 파격적이지만, 과학기자협회는 ‘의료 정보의 상업성’이 심각한 문제라고 인식한 것이다. 공공연하게 드러나지는 않았지만, 의료 홍보를 업으로 하는 사람들을 만나면 늘 듣는 이야기이기도 했다. 돈을 내면 회사가 원하는 대로 기사가 실린다는 이른바 ‘유가 기사’는 의료 분야에서 가장 악명이 높다. 또 돈을 내고 TV 프로그램에 출연하라는 공문이 사진으로 공개되기도 했다. 한 방송 담당자가 특정 병원에 보낸 것으로 확인됐는데, 돈을 내면 특정 병원의 의사를 출연시켜 주겠다는 것이었다. 돈을 내고 기사에 실리고, 또 돈을 내고 TV 프로그램에 출연해 명성을 쌓는다. 그리고 그 명성을 이용해 홈쇼핑에 등장해 해당 제품의 판매를 촉진한다. 이 고리에는 자본을 갖고 있는 회사가 있고, 자격증이 있는 의사, 한의사가 있고, 전파력이 있는 언론인이 있고, 판매망을 갖고 있는 홈쇼핑이 있다. 자본과 의료인, 그리고 언론과 홈쇼핑이 촘촘히 엮여 있는 현대 사이비 의료 구조는 그래서 30년 전과 달리 막강하다. 정신을 똑바로 차리더라도 빠져들기 쉽다.

5. 해결책은?

대한의사협회는 근거 없는 의학정보를 언론에 보도할 경우 제재할 것이라는 내용의 보도자료를 배포했다. 이른바 ‘쇼 닥터’ 규제법이다. 상업적인 목적으로 비과학적인 의학정보를 말하는 의사에

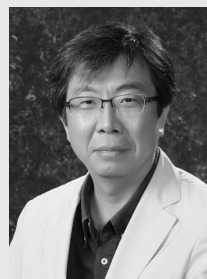
“여전히 TV 프로그램에서는 ‘쇼 닥터’가 맹활약하고 있고, 검증되지 않은 항암 물질들이 암환자를 현혹하고 있다. 자정의 움직임으로 방향을 바꾼 건 맞는 판단으로 보인다. 언론도 의료 정보의 상업성에 대한 문제를 인식하고 있다.”

게 최대 자격정지 1년까지 할 수 있도록 했다. 대한한 의사협회도 비슷한 절차를 밟고 있다. 자본-의사, 한의사-언론-홈쇼핑, 이 4개 고리 중 의사, 한의사 단체에서 가장 먼저 자정의 움직임이 일어났다는 건 정말 다행스러운 일이다. 탄탄한 구조라도 한 고리가 풀리면 해체할 가능성이 있기 때문이다. 물론 의사마다 의견이 다를 수 있고, 개개인의 다른 견해를 단체의 힘으로 억압하는 일은 파쇼적이라는 비판을 받을 수 있다. 그리고 그것은 사이비 의료만큼이나 경계해야 할 일일수도 있다. 얼마나 합리적으로 개인의 의견을 포용할 것인지도 깊이 고민해 봐야 한다. 그럼에도 현재 사이비 의료 정보의 유통 구조를 우려하는 목소리가 더 높다. 여전히 TV 프로그램에서는 ‘쇼 닥터’가 맹활약하고 있고, 검증되지 않은 항암 물질들이 암환자를 현혹하고 있다. 자정의 움직임으로 방향을 바꾼 건 맞는 판단으로 보인다. 언론도 의료 정보의 상업성에 대한 문제를 인식하고 있다. 4개의 고리 중 2개의 고리가 먼저 풀어진다면, 아무리 막강해도 해결할 수는 있을 것 같다.

보건의료인 폭력 그 실태와 문제점, 대안은?

장 세 진

연세대 원주의과대학 예방의학 교수
chang0343@yonsei.ac.kr



〈편집자주〉 최근 창원시 한 대학병원에서 환자 부모가 전공의를 무차별 폭행한 사건으로 의사 사회의 비난이 쏟아지고 있는 가운데, 보건의료인 폭행방지를 위한 제도개선 마련을 촉구하는 목소리가 높다. 진료중인 의료인에 대한 폭력 행사는 환자들에게 심각한 피해를 줄 수 있기 때문에 큰 문제가 된다. 안전한 의료 환경이 조성될 수 있도록 하기 위한 방안을 모색하고자 한다.

1. 보건의료인 폭력 실태

최근 창원의 한 대학병원에서 근무하는 전공의(소아청소년과 레지던트 2년)가 이 병원에서 치료받은 환자의 보호자로부터 폭행을 당했다. 환자의 생명이 오가는 병원에서 의사가 폭력에 무방비로 노출된 것이다. 최근 보건의료인이 폭행당한 사건이 언론을 통해 알려진 것만 10여건에 달한다. 2008년 6월 모 의과대학 비뇨기과 교수가 자신의 아파트 주차장에서 외래진료에 불만을 품은 환자에 의해 살해되는 사건이 발생했고, 같은 해 11월에는 병원 치료에 불만을 품은 40대 환자가 자신을 진료하던 의사를 흉기로 수차례 찌르는 사건이 일어났다. 2011년 12월에는 제약회사 영업사원이 S병원에 근무 중인 전공의를 폭행했으며, 이듬해 8월 한 정신건강의학과 의사는 자신이 상담하던 정신질환자가 휘두른 칼에 수차례 찔려 비장이 파열되고 폐와 대장이 손상되는 중상을 입었다. 2012년 11월 전남 화순 고창군의 한 병원 응급실에서도 의사가 환자에게 폭행을 당했으며, 2013년 2월에는 정신과 의원을 운영하는 의사가, 20년간 진료해온 환자가 휘두른 칼에 의해 복부와 손을 찔렸다. 2013년 3월과 7월에도 잇따라 응급실과 진료실에서 환자와 보호자가 의사를 때리고 칼로 찌르는 사건이 발생했다.

이러한 폭행 사건은 보건의료계의 문제만이 아닌 우리나라 전체 산업영역에서도 큰 문제로 대두되고 있다. 우리나라 직장인들의 폭력 경험에 관한 실태를 파악할 수 있는 전국 규모의 조사는 드물다. 최근 한국산업안전보건공단에서 실시한 취업자 근로환경조사의 분석결과에 의하면, 2010년 취업자 근로자 7,111명 중 폭력(언어폭력, 성희롱, 신체적 폭력,

“최근 창원의 한 대학병원에서 근무하는 전공의(소아청소년과 레지던트 2년)가 이 병원에서 치료받은 환자의 보호자로부터 폭행을 당했다. 환자의 생명이 오가는 병원에서 의사가 폭력에 무방비로 노출된 것이다. 최근 보건의료인이 폭행당한 사건이 언론을 통해 알려진 것만 10여건에 달한다.”

왕따, 괴롭힘 등) 경험자는 307명(남자 198명, 4.7% / 여자 109명, 3.7%)으로 전체의 약 4.3%가 직장폭력의 경험이 있다고 응답하였고, 2011년에는 34,783명 중 2,038명, 약 5.9%가 응답해 1년 사이 1.2% 증가하였다. 이중 신체적 폭행은 2010년의 경우 0.31%, 2011년은 0.67%로 심각한 수준에 이르고 있다.

미국의 경우, 일과 관계된 사망원인 중 구타나 폭력행위가 3번째 순위를 차지하고 있다. 1990년대 초에는 매주 평균 20명의 근무자가 직장에서 살해되었으며, 1999년에는 1,000명을 기준으로 보건의료 영역에서 10명이, 정신과 영역에서 46.1명이, 교육관련 영역에서 12.4명이 폭력으로 희생된 바 있다. 미국 노동통계청에 의하면, 2000년 현재 전체 직장 내 사망자의 15.7%와 정부기관 내 사망자의 20.7%가 직장 내 폭력이 원인이 되었던 것으로 드러남으로써 직장 내 폭력은 전 세계적인 현상임이 확인되었다.

환자나 민원업무 고객의 문제해결을 돕는 보건의료직, 콜센터 상담원, 판매직 근로자 등의 감정노동

**“환자나 고객의 문제해결을 돕는
보건의료직, 콜센터 상담원, 판매직
근로자 등의 감정노동자, 또는 고객응대
업무자에게서 가장 빈번히 발생하는
직무 스트레스인 폭력 경험은
조직의 업무 성과와 근로자 개인의
건강 및 삶의 질에 부정적인 영향을
미치게 된다. 이 중에서도 사람의 생명을
담당하는 보건의료인의 폭력 경험으로
인한 사회적 파장은 상대적으로 더 큰
심각성을 갖고 있다.”**

자, 또는 고객응대 업무자에게서 가장 빈번히 발생하는 직무 스트레스인 폭력 경험은 조직의 업무 성과와 근로자 개인의 건강 및 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다. 이 중에서도 사람의 생명을 담당하는 보건의료인의 폭력 경험으로 인한 사회적 파장은 상대적으로 더 큰 심각성을 갖고 있다. 그렇다면, 우리나라 보건의료인의 폭력 경험의 수준은 어느 정도일까?

2013년 의협 의료정책연구소가 시행한 설문조사에 따르면, 진료실 내에서 환자나 보호자로부터 폭행이나 기물파괴 등의 경험에 대해 전체 의사의 63.1%가 ‘있다’고 응답하였다. 2014년 병원근무자를 대상으로 한 보건의료노조의 설문조사에서도, 폭언경험은 2013년 54.4%에서 2014년 55.7%, 폭행 경험은 2013년 11.7%에서 2014년 12.4%, 성희롱 경험은 2013년 10.1%에서 2014년 10.7%로 모두 증가하는 추이를 보여 그 심각성을 더해주고 있다.

2. 보건의료인 폭력 무엇이 문제인가?

직장 폭력은 업무수행과정에서 고객에 의해 협박이나 위협을 당하는 경우(예: 욕설, 고함 등)와 작업장 내 상사나 동료 등에 의해 자행되는 경우(예: 집단 따돌림, 성희롱 등)로 구분되는데, 직장 내 구성원 사이에 발생하는 폭력의 경우 직장 단위의 교육과 보호 장치를 통해 많은 부분 개선되고 있는데 반하여, 고객에 의한 폭력인 클라이언트 폭력(예: 환자나 보호자가 의사나 간호사에게 행하는 폭력)은 점차 그 수위가 높아지고 있다.

미국의 경우, 직장폭력으로 인한 인명 및 생산성 상실비용, 증상치료·상담·법률 비용, 보상금 지급 비용 등으로 1996년 한 해 동안 무려 360억 달러에 이르는 직장의 손실액을 발생시켰다. 미국 전역에서 매일 16,400건의 위협사태가 직장에서 발생하고 723명의 근로자가 공격을 당하며 43,800명이 다른 동료로부터 괴롭힘을 당하는 것으로 나타났다. 예를 들면, 미국 콜센터 직원들의 경우 하루에 평균 일곱 번의 언어폭력을 경험하며, 영국의 항공승무원과 철도승무원의 75%가 최소한 한 달에 한번 정도의 언어폭력을 당한다고 보고하였다.

의료현장에서 발생하는 클라이언트 폭력은 크게 세 가지로 유형화할 수 있다. 첫째는 ‘무례함(incivility)’이며, 이는 직장 내 한 사람이나 그룹에 대해 기본적인 예를 갖추지 않고 비하하는 행위, 또는 육체적 폭력을 동반하지는 않지만 불쾌하고 스트레스가 높은 진료환경을 조성하는 행위를 뜻한다. 둘째는 ‘상해를 가하지 않는 폭력적 행동(unruliness)’이며 다른 종사자들을 위협하거나 괴롭히는 것(bullying)과 화가

나서 집기를 차고 던지거나 부수는 행동, 큰 목소리와 거친 태도로 욕설하는 것, 의견이 어긋났을 때 감정적이고 비합리적인 행동을 하는 것, 병원의 외관을 훼손하거나 재산을 파괴하는 행위 등을 뜻한다. 셋째는 보건의료인에게 상해를 가하는 ‘직접적인 폭행 및 살인’을 뜻한다.

보건의료인이 진료과정에서 환자나 보호자로부터 당하는 언어폭력이나 신체적 폭력은 이들이 치료과정 및 치료결과에 대해 보건의료인 개인, 또는 병원에 불만이 있는 경우와, 이러한 이유들과는 무관하게 여타의 스트레스로 이들의 감정상태가 이미 격해진 경우에 주로 발생한다.

그렇다면 클라이언트 폭력의 경험은 어떠한 영향을 줄까? 첫째로, 환자나 보호자로부터 폭력을 경험한 보건의료인은 심한 모멸감, 공포감, 그리고 의술을 행사한 환자로부터 참을 수 없는 배신감을 경험하게 된다. 이는 돌이킬 수 없는 정신적 상처로 남아 우울, 불안, 정서적 불안정 및 심각한 스트레스로 발전하게 되어 심각한 질병이나 건강문제를 유발하게 된다. 최근 환자로부터 폭력을 경험한 보건의료인이 심각한 후유증으로 인해 정신과적 치료로 힘든 생활을 하고 있거나, 아예 의료계를 떠나는 모습을 보면 참으로 개탄할 노릇이다. 환자의 질병을 치료하기 위해 혼신을 다한 보건의료인이 환자에 의해 병을 얻게 되는 아이러니컬한 상황이 아닐 수 없다.

둘째로, 진료현장에서 시급을 다투는 환자 진료에 심각한 문제점이 발생하고 이는 다수 환자들의 생명을 위협하는 상황으로 악화되어 결국 고귀하고 소중한 해야 할 의업이 무참히 추락하게 되고 국민 건강권이 유명무실해지는 상황으로 이어지게 된다.

“환자나 보호자로부터 받은 폭력의 충격은 보건의료인의 의료행위 과정에도 부정적인 영향을 미치게 된다. 폭력을 경험한 보건의료인은 환자와 소통할 때 두려움을 느끼고, 소극적 수동적으로 환자에게 접근하게 되며, 사람인 까닭에 자신을 공격하는 환자에게 더 이상 헌신적인 진료를 할 수 없게 된다.”

셋째로, 환자나 보호자로부터 받은 폭력의 충격은 보건의료인의 의료행위 과정에도 부정적인 영향을 미치게 된다. 폭력을 경험한 보건의료인은 환자와 소통할 때 두려움을 느끼고, 소극적이고 수동적으로 환자에게 접근하게 되며, 사람인 까닭에 자신을 공격하는 환자에게 더 이상 헌신적인 진료를 할 수 없게 된다. 이는 의료계 전체의 문제로 이어져, 환자와 보건의료인 간의 신뢰관계를 와해시키고 의료의 질을 추락시켜 결국 전 국민의 건강수준을 하락시키게 된다.

그렇다면, 점차 난폭해지는 보건의료인 폭력범죄 증가의 원인은 무엇인가? 첫째로, 비현실적인 의료수가와 보건의료 정책의 문제이다. 모든 환자들이 만족할 수 있는 진료는 제한된 짧은 시간에는 기대하기 힘들다. 환자와 보호자들은 의료진으로부터 자신의 질병에 대해 열정적 관심과 상세한 설명을 듣고 싶어 하지만 우리나라의 의료현실은 터무니없고되고 열악하여 환자의 요구를 100% 충족시키기에 역부족이다. 하지만 이러한 의료현실을 알 수 없는 환자나 보호자들은 보이는 것에만 불만을 품고

폭력이라는 극악한 수단을 이용하여 거침없이 불만을 표출시키고 있는 것이다. 이제 병원은 더 이상 안전한 성역이 되지 못하고 있다.

둘째로, 우리 사회에 만연해 있는 ‘고객 감동주의’, ‘고객이 만족할 때까지’등의 고객 지상주의 열풍에도 그 원인이 있다. 수익성 창출의 목적은 병원도 예외가 아니므로 이를 위해 구성원 모두에게 맹목적인 친절과 고객 무한 감동을 강요하고 있고, 환자나 보호자도 이러한 서비스 품질에 대해 익숙해져 있기 때문에 기대에 조금이라도 못 미칠 경우 즉각적으로 불만을 표출하는 양상으로 진행하는 것이다. 어느새 환자와 의사의 신뢰관계가 ‘갑을관계’로 전락한 것이다.

셋째로, 보건의료인과 환자 간 불신의 장벽이 점차 높아지고 있는 것이다. 신뢰의 상실은 환자들의 불만을 증폭시키고 급기야 보건의료인 폭력으로 발전하게 되는 어처구니없는 현상이 일어나고 있다. 이러한 불신의 저변에는 일부 의사의 편법 탈세, 과잉진료, 의료사고 등에 대해 언론이 확대 보도를 하는 ‘보건의료인 때리기’가 크게 한몫을 차지하고 있다고 보인다.

넷째로, 최근 우리나라 국민들의 ‘분노조절’ 수준이 위기수준을 넘어 심각한 지경에 이르고 있는 것 또한 이와 맥을 같이 하고 있다. 우리 삶의 영

“사회에 만연해 있는 ‘고객 감동주의’, ‘고객이 만족할 때까지’등의 고객 지상주의 열풍에도 그 원인이 있다. ”

역은 이른바 ‘묻지마’ 폭행, 방화, 살인, 성범죄 등이 버젓이 이뤄지는 무규범(anomie) 상태가 되어 버렸고, 이는 의료현장에서도 예외 없이 자행되고 있는 것이다. 폭력에 의해 침해받는 국민건강권을 위해 나서야 할 국가도 속수무책으로 일관하고 있으니 탄식만 나올 뿐이다.

3. 보건의료인 폭력 근절을 위한 대안은?

보건의료인에 대한 폭력 범죄가 해마다 늘고 있으나 보호 및 방지 대책은 전무한 실정이다. 현행 ‘응급의료에 관한 법률’이 응급의료를 행하는 보건의료인의 보호조치만을 명시하고 있을 뿐, 통상적인 의료행위를 제공하는 일선 보건의료인들은 환자나 보호자의 폭력행위로부터 아무런 보호를 받지 못하고 있다. 극단적 수위로 치닫고 있는 보건의료인 폭력 근절 대책에 대해 이제는 보다 더 신중하고 구체적으로 생각해 보아야 한다.

첫째로, 비단 보건의료인에게만 국한되는 폭력 근절이라기보다는 우리 사회에 만연해 있는 잘못된 정서의 변화와 소비문화의 개선이 시급하다. 서비스 제공자와 수혜자 간의 신뢰를 바탕으로 서비스 제공자의 인권을 보호하고 이들을 한 사회의 구성원, 또는 동반자로서 인식하는 사회문화적 풍토가 조성되어야 한다. 이를 위해 국가와 조직 모두가 주체적으로 나서야 할 것이며, 국민 모두가 자신도 폭력의 희생자가 될 수 있음을 인식하여야 할 것이다. 더욱이 인간의 존엄한 생명을 다루는 의료현장에서의 건전한 소비문화에 대한 사회적인 정착은 아무리 강조해도 지나치지 않다.

둘째로, 환자와 의사의 신뢰 회복을 위해 당사자들 뿐 아니라 의료기관과 국가의 조직적인 노력이 더욱 중요하다. 의술은 인간을 질병으로부터 자유롭게 하는 지상 최고의 소중한 과업이다. 환자와 보호자의 폭력행사는 어떤 경제적 명분이나 그에 수반하는 책임논리로도 정당화될 수 없다. 소수의 보건의료인에게서 발생하고 있는 탈세, 과잉진료, 의료분쟁 등을 확대하여 편파적으로 보도하는 언론 역시 ‘보건의료인 때리기’에 신중해야 할 것이다. 환자 역시, 자신의 질병과 건강상태에 대해 보건의료인을 믿고 맡긴 만큼 신뢰를 가지고 치료과정에 협조해야 할 것이다. 물론 환자나 보호자의 입장에서 보건의료인의 치료과정이나 결과에 대해 불만을 가질 수 있지만, 폭력으로 해결할 수 있는 이유는 절대 있을 수 없다는 사회적 합의가 도출되어야 한다. 보건의료인 역시 환자의 불만을 최소화하기 위해 부단히 노력해야 한다. 환자에게 꼭 필요한 진료를 하고 환자와 보호자에게 치료과정에 대한 설명을 제공하는 노력 역시 필요하다. 병원 조직에서도 환자에 대한 무조건적인 친절이나 무한감동의 진료를 보건의료인에게 강요하지 않도록 해야 할 것이다.

셋째로, 환자나 보호자로부터의 폭력 예방을 위한 가이드라인 및 매뉴얼을 개발하고, 폭력 상황 발생시를 대비하여 병원조직 차원의 보호장치를 마련해야 할 것이다. 보건의료인과 환자, 또는 보건의료인과 보호자 간의 효율적인 상담기법과 분쟁과 오해를 최소화할 수 있는 의사소통능력 등에 대한 교육과 훈련이 필요하다. 1차 의료기관에 근무하는 보건의료인을 위해서는 의협이 주도적인 역할을 해야 한다. 2차 및 3차 병원 조직에서도 보건의료인이 환자응대 과정에서 발생하는

“ 보건의료인의 치료과정이나 결과에 대해 불만을 가질 수 있지만, 폭력으로 해결할 수 있는 이유는 절대 있을 수 없다는 사회적 합의가 도출되어야 한다.

보건의료인 역시 환자의 불만을 최소화하기 위해 부단히 노력해야 한다. 환자에게 꼭 필요한 진료를 하고 환자와 보호자에게 치료과정에 대한 설명을 제공하는 노력 역시 필요하다. ”

다양한 갈등과 분쟁 과정을 모니터링 함으로써 근본적인 분쟁의 원인을 제거하거나, 개입이 필요할 경우 적극적으로 앞장서 보건의료인이 소신껏 환자 진료에 임할 수 있는 의료 환경을 조성해야 할 것이다. 유럽연합(EU)은 최근 급증하고 있는 고객 폭력(the third party violence)을 방지하기 위하여 2010년 ‘직장 내 고객폭력 방지보호 지침(guidelines to tackle third-party violence and harassment at work)’을 채택하여 시행 중이고, 미국의 경우에도 2004년 근로자들의 안전과 보건을 보장하는 것을 목적으로 하는 ‘폭력예방지침(OSHA's violence prevention guidelines)’을 마련하는 등 고객 폭력으로부터의 피해를 최소화하고 있다.

마지막으로, 가장 시급하고도 중요한 대책은 국가적 차원의 제도적 변화가 모색되어야 한다는 것이다. 성숙된 시민문화와 더불어 이를 뒷받침해줄 수 있는 보건의료인 폭력 방지를 위한 법적·제도적 장치가 마련되어야 한다. 최근 의료계의 끈질긴 요구와 노력으로 두 건의 보건의료인 폭행방지법이 국회에 발

“생명을 다루는 의료현장에서는 어떠한 폭력도 용납되거나 묵인되어서는 안된다는 사회적 합의가 이루어져야 하고, 이를 위반한 경우 강력한 제제가 따른다는 법적 제도적 인식이 필요하다.”

의대 있긴 하지만 시민단체와 환자단체가 이 법안을 ‘의사특례법’으로 잘못 인식하면서 법안 제정이 난관에 봉착해 있다. 서비스 제공자와 수혜자 간의 불협화음은 어느 곳에서도 생길 수 있지만 이것이 결코 폭력으로 수용될 수는 없다. 더욱이, 생명을 다루는 의료현장에서는 어떠한 폭력도 용납되거나 묵인되어

서는 안된다는 사회적 합의가 이루어져야 하고, 이를 위반한 경우 강력한 제제가 따른다는 법적·제도적 인식이 필요하다. 독일의 경우, 2013년 산업안전보건조치법 개정을 통해 감정노동 및 폭력 예방대책을 마련하고 있으며, 대만에서도 2013년 작업장 폭력으로 인한 정신장애나 건강문제가 생기는 것을 예방하기 위한 평가 의무를 제도화하였다. 일본의 경우에도 근로자의 정신건강 예방제도 마련을 위해 애쓰고 있다. 이러한 세계적 흐름과 최근 우리나라 보건의료인의 감정노동 및 폭력의 심각성을 감안할 때 감정노동 및 작업장폭력 방지를 위한 법적 제도화 방안은 반드시 필요하다.

5월 종합소득세 신고요령 및 절세전략

신 진 혜

세무법인 「정상」 세무사
viviana9910@nate.com



〈편집자주〉 5월은 종합소득세 신고를 해야 하는 달. 매출에 비해 실상 돌아오는 순이익은 너무 적고, 의료기관 살림은 항상 빠듯하기만 하다. 의료기관 경영을 위해서는 절세 전략이나 세무 가이드도 숙지하고 있어야 하는데, 내용이 복잡하고 어려울 뿐만 아니라 환자 진료에 치중하느라 여의치가 않다. 병의원 경영 개선에 도움이 될 소득세 신고요령을 알아본다.

“병·의원은 전문직 종사자로 분류되어 수입금액에 관계없이 복식부기 기장을 통한 소득세 신고를 해야 한다. 대부분 세무대리인에게 기장업무를 맡기지만 절세를 도와주거나 비용 등을 꼼꼼하게 챙겨주는 곳이 많지 않은 게 현실이다. 세금이 복잡하고 어렵게 느껴질지라도 의료기관 경영자가 어느 정도 숙지하고 있어야만 세무절세가 가능하다는 것을 명심해야 한다.”

매년 5월(성실신고는 6월)은 종합소득세 확정신고를 하는 달이다. 지난 2월 10일 사업장 현황신고가 끝나고 매출감소를 확인하거나 성실신고대상자에 포함된 의료기관 경영자들의 걱정이 가득하다. 얼마 전 국세청이 탈루 가능성 높은 사업자 5천명에게 보낸 성실신고 당부안내문(일종의 경고문)을 받은 병·의원 역시 고민이 많을 것이다. 정부는 부족한 세수 증대를 위해 탈세와의 전쟁을 벌이고 있고, 국세청은 차세대 홈택스 등 전산 및 각종 시스템을 발전시키고 있다. 빠듯한 살림을 꾸려가는 의료기관 경영자 입장에서 5월의 소득세 신고납부는 큰 부담이 아닐 수 없다.

병·의원은 전문직 종사자로 분류되어 수입금액에 관계없이 복식부기 기장을 통한 소득세 신고를 해야 한다. 대부분 세무대리인에게 기장업무를 맡기지만 절세를 도와주거나 비용 등을 꼼꼼하게 챙겨주는 곳이 많지 않은 게 현실이다. 세금이 복잡하고 어렵게 느껴질지라도 의료기관 경영자가 어느 정도 숙지하고 있어야만 세무절세가 가능하다는 것을 명심

해야 한다.

이하에서는 종합소득세와 신고요령 및 절세전략에 대하여 살펴해보도록 하겠다.

종합소득세 신고란?

종합소득이란 이자소득, 배당소득, 근로소득, 사업소득(부동산임대업 포함), 연금소득, 기타소득의 6개 소득을 합한 것을 말하며, 비과세나 분리과세를 제외한 6개의 소득금액을 모두 합하여 5월 말까지(성실신고 확인대상자 6월 말까지) 신고납부를 해야 한다. 의료기관 경영자의 경우, 종합소득 중 사업소득에 해당하며, 부동산 임대소득이나 2천만원을 초과하는 이자배당소득이 있다면 빠뜨리지 말고 함께 신고를 해야 한다.

이렇게 종합하여 과세하는 의도는 소득이 많은 자에게 누진세율 중에서 높은 세율을 적용하기 위함이다. 이러한 의도를 파악하여 본인 명의로 종합소득 중 추가로 소득이 발생할 경우 명의 분산 등을 이용함으로써 절세전략을 생각해볼 수 있다.

혹시 비용이 많아 적자가 발생하여 종합소득세 신고를 하지 않을 경우 가산세 등의 제재는 없지만, 다음 연도에 적자금액을 공제받기 위해서는 신고를 하는 것이 유리하다.

성실신고확인제도

3년 전부터 시행한 성실신고확인제도는 올해부터 총 수입금액 7.5억에서 5억으로 금액이 축소되면서 대상자가 대폭 증가하게 된다. 공동개원시에는 다소 불합리하다고 느껴지겠지만 사업장 기준으로 합산한 금액이 5억원을 초과한다면 해당이

된다. 성실신고확인대상자는 주로 의료업이 많으며, 5월이 아닌 6월 말까지 성실신고확인서와 함께 종합소득세 신고납부를 하게 된다.

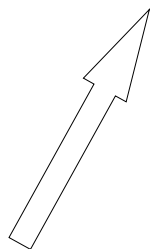
성실신고확인 비용의 60%를 세액공제 해주고, 의료비·교육비 세액공제의 지원을 해주지만, 확인서 미제출시 5%의 가산세 부과와 세무조사 대상으로 선정될 수 있음에 유의해야 한다. 세무사에 제도 부실확인시에 과태료나 직무정지 등의 제재가 있는데, 실제 2014년에 약 20명이 징계를 받

기도 했다. 성실신고확인대상자가 되면 세무대리인이 더 이상 탈세의 협조자가 될 수 없으며, 업무 무관비용에 대한 판단이나 적격 증빙에 대한 처리가 엄격해진다는 것을 유념해야 한다.

종합소득세 계산구조

종합소득세 신고 시에는 세금계산 구조부터 잘 파악해 두면 이해가 쉽다.

총수입금액	=	이자소득금액
총수입금액 + 배당가산액	=	배당소득금액
총수입금액 - 필요경비	=	사업소득금액
총급여액 - 근로소득공제	=	근로소득금액
총연금액 - 연금소득공제	=	연금소득금액
총수입금액 - 필요경비	=	기타소득금액
Σ종합소득금액		
(비과세·분리과세 제외)		



Σ종합소득금액

(-)종합소득공제

과세표준

(x)기본세율(6~38%)

산출세액

(-)세액공제, 감면

결정세액

(+)가산세

(-)기납부세액

납부할세액

종합소득세 신고 전에 검토해야 할 사항

총수입금액 = 건강보험수입 + 의료급여수입
+ 자동차보험, 산재의료수입
+ 비보험수입 + 판매장려금 등

1) 수입금액의 구조 체크하기

의료업은 고소득 전문직종으로 분류되어 중점 관리대상이 되고 있음을 명심하고 병과별로 다른 병원

과 비교해 보험 대 비보험 비율이 적정한지 체크해야 한다.

의료기기 보유현황, 고용의사 여부, 간호사수, 사업장 규모에 따른 수입금액이 적절히 계상된 것인지 검토해야 하며, 특히 비보험 현금수입 금액이 고의 또는 과실로 누락되지 않도록 조심해야 한다.

보험환자의 카드결제시 매출 구조상 보험으로도 신고되고 비보험소득(카드소득)으로도 중복신고가 될 수 있기에 매출 과다가 되지 않도록 확인해보자.

$$\text{필요경비} = \text{원재료} + \text{인건비} + \text{임차료} + \text{감가상각비} + \text{기타경비}$$

2) 원재료 비율 체크하기

원재료는 주로 의약품과 의료소모품이며, 의약분업 이후 원가비율이 많이 낮아졌다. 재료비 비중을 관리해야 하는 이유는 수입금액을 역산할 수 있는 근거가 되기 때문이다. 같은 병과의 다른 병원들에 비해 재료비가 많다면 수입금액 누락을 의심받을 수 있다.

3) 인건비 비율 체크하기

고용의사, 사무장, 간호사 등의 급여를 과소 신고하게 되면 소득세 부담이 커지므로 급여 전부를 누락 없이 신고해야 한다. 수입금액이 적는데 인건비가 높다면 위험할 수 있다. 통상 인건비 비율은 비보험과 20% 이내, 보험과는 16% 이내로 신고하는 것이 좋으며,페이닥터를 고용하는 경우에도 인건비 비중이 너무 높지 않아야 한다.

4) 임차료

보증금을 제외한 매월 지급하는 임차료만 경비로 인정이 된다. 배우자가 건물주일지라도 반드시 세금계산서를 받아야 한다.

5) 감가상각비

의료기구, 인테리어, 차량운반구가 대상인데, 의사의 승용차가 업무관련성이 있는지에 대해서는 논

란의 여지가 있다. 중소기업이 직전 연도보다 투자자산 취득가액이 더 많을 경우 기준내용연수의 50%로 감가상각 가능한 특례가 있으므로 해당여부를 체크하여 빨리 상각을 하는 것도 절세의 방법이 될 수 있다.

6) 표준손익계산서 체크하기

종합소득세에 있어서는 손익계산서가 중요한데, 올해부터 표준재무제표가 개정이 되어 구성항목이 전보다 더 세분화되었다. 세무조사 대상자 선정 시 표준재무제표를 분석하여 나오는 경우도 많으므로 계정과목 구성항목을 잘 표시하고 계정과목별 비율 분석이 잘못되는 일이 없어야겠다. 대부분 세무대리인이 회계프로그램만 믿고 표준재무제표의 구성내용을 검토하지 않는 경우가 많다. 신고 마지막 단계에서 표준재무제표 구성항목을 반드시 봐주는 것이 좋다.

7) 소득률 체크하기

매년 4월 국세청은 기준경비율과 단순경비율을 발표하는데, (1-단순경비율)로 대략적인 평균 소득률을 계산해볼 수 있다. 연수입 금액에서 비용을 제외한 순소득이 차지하는 비율이 어느 정도인지 모르고 신고하는 경우가 많은데, 나의 소득률을 알고 매년 추세를 체크하는 것은 매우 중요하다. 참고로 2014년의 표준소득률은 성형외과(57.3%), 치과의원(38.3%), 치과병원(36.4%), 산부인과(35.0%), 한방병원(32.5%), 피부과, 비뇨기과(31.7%), 안과(30.5%), 내과·소아과(29.5%), 이비인후과(26.9%), 외과·정형외과(25.2%) 등이다.

병·의원 경영자가 알아야 할 소득공제 및 세액공제

2015년부터는 소득공제 대신 세액공제로 변경되면서 근로소득자들의 연말정산시 엄청난 후폭풍이 있었지만 실제 그 영향은 고소득자들에게 더 큰 편이다.

1) 기본공제 : 부양가족에 대한 기본공제는 1인당 150만원이다. 20세이하 자녀와 따로 사시는 60세 이상 부모님(배우자 부모포함)도 공제 가능하며, 소득금액이 연간 100만원 넘으면 공제대상자가 될 수 없다.

2) 노란우산공제 : 소기업소상공인 지원시책에 따라 도입되어 중소기업중앙회가 운영하며, 월 25만원 납입(연 300만)시 최대 125만원(세율 41.8% 가정시)의 절세가 가능하다. 아직 가입하지 않았다면 지금이라도 가입하도록 하자.

3) 중소기업창업투자조합출자소득공제 : 벤처기업 육성을 위하여 5천만원까지 투자시 50%의 소득공제가 가능하며, 2015년 투자금액부터는 1,500만원까지 100% 소득공제가 가능하다. 만약 올해 5천만원 투자시 약 1,360만원의 절세효과로 소득공제 중 가장 큰 혜택이지만 원금손실에도 유의해야 한다.

4) 자녀세액공제 : 자녀가 많은 사업자는 세액공제로 바뀌면서 공제금액이 축소되었다. 자녀 1명은 15만원, 2명은 30만원, 3명은 50만원의 세액공제를 받을 수 있다.

5) 연금저축세액공제 : 연금저축펀드나 연금저축보험을 가입하여 연 400만원 납입시 약 53만원의 절세(세액공제율 13.2% 가정시)가 된다. 세액공제로 바뀌어 혜택이 줄었지만 저축도 하고 절세도 되므로 꼭 가입하도록 하자.

6) 사회보험료세액공제, 고용창출투자세액공제, 중소기업투자세액공제 : 의료업은 중소기업에 해당하며 세법상 조세특례를 받을 수 있으므로 해당여부를 체크해보자.

7) 교육비공제(성실신고확인대상자만) : 취학잔초 중고는 300만원, 대학교는 900만원까지 12%의 세액공제가 된다. 국외학교, 유치원생의 학원비도 가능하니 세무대리인이 미리 챙겨주지 못하더라도 직접 챙기도록 하자.

8) 의료비공제(성실신고확인대상자만) : 사업소득 금액의 3%를 초과한 의료비만 해당하므로 해당자는 많지 않을 것으로 보인다.

종합소득세율

작년 신고시에는 과세표준이 3억원 초과일 경우 최고세율인 38%를 적용하였지만, 올해부터는 1.5억으로 하향 조정되어 세부담이 커지게 되었다.

여기에 지방소득세 10%까지 고려한다면 과세표준 1.5억 초과부분 중 41.8%는 국가 세금으로, 나머지 58.2%만이 사업자의 세후수익이 되는 셈이다.

과세표준 구간	세율	누진공제
1,200만 미만	6%	0
1,200만원~4,600만원 이하	15%	108만
4,600만원~8,800만원 이하	24%	522만
8,800만원~1.5억 이하	35%	1,490만
1.5억 초과~	38%	1,940만

예) 과세표준 3억×38%−1,940만=9,460만원
(지방소득세 10% 포함시 ⇒ 납부세액 1억406만)

종합소득세 절세전략

2014년의 수입, 비용이나 소득공제 내용들은 2015년 5월 신고당시 변화를 줄 여지가 부족하다. 해당 과세기간이라면 다양한 전략을 짜볼 수 있겠지만 이미 발생한 것에 대해서는 적용이 곤란하다. 의료기관 경영자는 내년 소득세 신고를 위해서 지금 발생하는 수입과 비용에 대해 절세 플랜을 세우고 효율적으로 관리해야만 한다.

1) 3만원 초과비용은 정규지출증빙서류를 꼭 챙기자

장부작성은 맡겨도 되지만, 증빙서류는 다른 사람

“장부작성은 맡겨도 되지만, 증빙서류는 다른 사람이 챙겨줄 수 없는 것이 많으므로 사업자 자신이 그때그때 챙겨야 한다. 세금계산서, 계산서, 신용카드매출전표, 현금영수증 등 정규영수증을 꼭 받아야 하며, 간이영수증은 경비로 인정되지 않는다. 만약 적격증빙을 받지 못했을 경우 계약서, 대금영수증, 송금영수증 등을 보관하여야 향후 가산세 등의 불이익을 방지할 수 있다.”

이 챙겨줄 수 없는 것이 많으므로 사업자 자신이 그때그때 챙겨야 한다. 세금계산서, 계산서, 신용카드매출전표, 현금영수증 등 정규영수증을 꼭 받아야 하며, 간이영수증은 경비로 인정되지 않는다. 만약 적격증빙을 받지 못했을 경우 계약서, 대금영수증, 송금영수증 등을 보관하여야 향후 가산세 등의 불이익을 방지할 수 있다.

또한 시간이 지나면 무엇 때문에 지출했는지 잊어버릴 수 있으므로, 지출사유를 증빙서류 여백에 연필로 적어두는 것이 좋다.

2) 감가상각자산

고가의 장비를 일시불로 구입하기도 하지만 렌탈이나 리스로 하는 것이 절세에는 도움이 될 수 있다. 원활한 운영을 위해 목돈이 들지 않고 유지보수가 편리하며 경비처리도 가능하다는 장점이 있다.

3) 사업용 계좌를 꼭 사용하자

사업과 관련된 거래대금, 인건비, 임차료 등을 지급하거나 지급받는 경우에는 사업용 계좌를 사용해야 한다. 직원들에게 고마움으로 인센티브를 지급할 때도 현금으로 주는 것이 기분상 좋을 수 있겠지만, 사업용 계좌에서 이체를 하도록 하자. 사업용 계좌는 개인적으로 사용하는 통장과 반드시 구분해야 하며, 입출금경로관리가 편하도록 입금과 출금통장을 분리하는 것도 좋은 방법이다.

4) 등록된 사업용 신용카드를 사용하자

사업관련성이 있더라도 타인명의 카드영수증은 입증하기 곤란한 경우가 많으니, 반드시 본인명의

카드를 등록해놓고 사용하도록 하자. 주말·공휴일 또는 사업장주변을 벗어난 카드사용은 피하는 것이 좋으며, 가사용으로 사용하는 것과 반드시 구분을 해야 한다. 사업과의 관련성은 납세자에게 입증책임이 있으므로, 입증하지 못할 카드사용은 하지 않도록 하자.

5) 사업장 현황신고의 중요성을 알자

면세사업자의 사업장 현황신고는 종합소득세를 신고한 것이나 다름없다. 소득률 등 각종 비율 등을 고려하여 꼼꼼하게 살펴야 하는데, 그 중요성을 모른 채 세무대리인으로부터 몇몇 금액을 통보 받고 신고하는 경우를 많이 보았다. 2월 사업장 현황신고 제출내용과 5월 종합소득신고 내용에 차이가 발생하게 되면 불필요한 과세당국의 주목을 받을 수 있으므로, 면세사업자는 사업장 현황 신고의 중요성을 잊지 않도록 하자.

종합소득 신고 시에는 적절한 손익계산서와 재무상태표 작성이 무엇보다 중요하다. 국세청은 사

“종합소득 신고 시에는 적절한 손익계산서와 재무상태표 작성이 무엇보다 중요하다. 국세청은 사업장현황신고서, 수입금액검토표, 손익계산서 등으로 탈세의 단서를 포착할 수 있고 세무조사 대상 선정의 근거로 활용할 수 있다. 경영자는 내 사업장의 재무제표와 각종 신고서를 파악할 줄 아는 최소한의 능력을 가져야 할 것이다.”

업장현황신고서, 수입금액검토표, 손익계산서 등으로 탈세의 단서를 포착할 수 있고 세무조사 대상 선정의 근거로 활용할 수 있다. 경영자는 내 사업장의 재무제표와 각종 신고서를 파악할 줄 아는 최소한의 능력을 가져야 할 것이다.

의료기관의 세금부담은 계속적으로 증가할 수밖에 없다는 것을 현실로 인지하고, 적정하게 세금을 내면서 세련되게 관리하는 지혜가 필요하다 하겠다.

수형자의 치료받을 권리에 대한 법적 · 의료적 현황과 문제점*

이 석 배

단국대 법대 교수
strafllaw@nate.com



〈편집자주〉 대한민국 헌법 제37조 제2항에는 “국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다.”고 명시돼 있다. 법률에 따라 기본권 행사에 일정한 제한을 받고 있는 수형자들의 기본권에 대한 관심 자체가 대중들의 많은 지지를 얻을 수는 없으나, 하나의 인격체이자 대한민국 국민이라는 성문화된 법적 기준을 갖고 수형자들이 처한 법적, 의료적 현황과 문제점에 대해 살펴봄으로써 수형자의 의료환경 개선과 인식의 전환을 위한 첫걸음을 내디뎌 보고자 한다.

I. 들어가며

최근 수많은 강력범죄들이 언론에 보도되고 있다. 범죄가 흉악해질수록 시민들은 범죄자들에 대한 강력한 대응을 요구한다. 과거부터 현재까지 수형자는 응징과 응보의 대상이기 때문에 법의 보호를 받을 수 없는 주체로 인식되었다. 그래서 수형자가 권리의 주체가 된다는 것에 법은 물론이고 일반인들도 소극적인 태도를 보여 왔다. 비록 오늘날까지 수형자가 권리의 주체가 된다는 것에 부정적인 입장이 많지만, 수형자 또한 한 나라의 국민이고 「헌법」 제37조 제2항에 따라 다른 시민과 마찬가지로 헌법상 기본권이 보장되는 기본권의 주체라는 점에서 논의가 시작되어야 한다.

II. 수형자의 치료받을 권리

1. 수형자의 법적 지위와 기본권 제한

수형자의 지위와 관련하여 과거에는 특별권력관계로 보아왔다. 따라서 수형자에게는 일반시민에게 보장된 헌법상의 기본권, 법치행정, 사법구제가 배제되고 수형자의 수용장소와 자유보장의 범위 등 행형의 일상 업무는 전적으로 행형당국의 재량에 의하는 것으로 인식되었다. 하지만 최근에는 법치주의에 입각하여 국회가 제정한 법률에 따라서만 수형자의 권리 제한이 가능하고, 제한하는 경우에도 「헌법」 제37조 제2항에 따라 당해 법률관계의 성질상 필연

“비록 오늘날까지 수형자가 권리의 주체가 된다는 것에 부정적인 입장이 많지만, 수형자 또한 한 나라의 국민이고 「헌법」 제37조 제2항에 따라 다른 시민과 마찬가지로 헌법상 기본권이 보장되는 기본권의 주체라는 점에서 논의가 시작되어야 한다.”

적으로 파생되고 그것을 유지하기 위하여 필요한 최소한의 범위 안에서만 가능하다는 것이 지배적인 입장이다.¹⁾ 따라서 구금에 따른 최소한의 자유박탈과 교정 작업은 인정하지만 그 밖의 기본권 제한에 대하여는 또 다른 법적 근거가 문제가 된다. 여기서 보충성의 원칙과 비례성의 원칙은 헌법이 보장하는 기본권에 대한 제한에 필요한 구체적인 입법원칙 및 그 기준이 되는 규범원칙이다.²⁾ 이러한 원칙에 따르면 수형자의 기본권은 그 성격상 제한의 여부와 정도가 달라진다. 또한 그 권리에 대한 침해가 있을 때에는 사법심사의 대상이 되어야 한다는 것이 일반적으로 받아들여지고 있다.

2. 수형자의 치료받을 권리³⁾

치료받을 권리와 그에 대한 국가의 의무는 일반적인 국가의 생명보호의무에서 찾을 수도 있지만, 직접적으로는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”고 규정한 「헌법」 제36조 제3항에서

* 이 글은 의로법학 제14권 제2호에 실린 “수형자의 치료받을 권리, 의사의 진단과 형집행정지”를 수정·보완한 것임.

1) 권영성, 『헌법학원론』, 2007, 제356, 442면; 허영, 『한국헌법론』, 2007, 제291~292면.

2) 배종대, 『형사정책』, 2011, 제131면 이하 참고.

3) 이와 관련하여 국제인권법적 기준, 대표적으로 「피구금자 처우에 관한 최저기준규칙」 등이 있지만, 이 규칙의 경우 1955년 만들어진 것으로 21세기 수용자의 인권을 논하는데 적절한 기준은 아니라고 생각한다. 따라서 국내 실정법을 기준으로 살펴본다.

찾을 수 있다. 이 규정은 국가의 보건의무를 규정하고 있지만, 국가가 국민의 건강한 생활을 침해하지 않는 것뿐 아니라 보건을 유지하도록 국가에 적극적으로 요구할 수 있는 권리이기도 하다.⁴⁾ 헌법재판소도 “국가의 국민보건에 관한 보호의무를 명시한 「헌법」 제36조 제3항에 의한 권리를 헌법소원을 통하여 주장할 수 있는 자는 직접 자신의 보건이나 의료문제가 국가에 의해 보호받지 못하고 있는 의료 수혜자적 지위에 있는 국민”이라고 하여 「헌법」 제36조 제3항이 국가의 의무일 뿐만 아니라 개개의 국민이 갖는 권리라는 점을 인정하였다.⁵⁾

이 보건권은 수형자의 경우에도 그 주체성을 부정할 수 없고, 수형자의 보건에 관하여는 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 제30조 이하에 규정을 두고 있다. 헌법재판소도 “... 가사 국가의 예산상의 이유로 수용자들이 적절한 의료보장을 받지 못하는 것이 현실이라고 하더라도 이는 수용자에 대한 국가의 보건의무불이행에 기인하

는 것”이라고 하여 국가의 수형자에 대한 보건의무를 인정하고 있다.⁶⁾

수형자는 기본적인 진료나 투약 등 의료에 대한 요구가 있을 때 국가예산으로 처우를 받는다. 수형시설 내의 진료뿐만 아니라 의무관의 판단에 따라 자체 의료진과 의료시설의 진료만으로는 부족하다고 판단되면, 외부병원에서 진료를 받게 되고 이 비용도 국가가 부담한다. 이 경우 의무관이 외부진료가 불필요하다고 판단하는 경우에는 자비로 진료를 허용하기도 한다. 외견상 적정한 절차에 따라 이루어지는 것처럼 보이지만, 수형자의 진료에는 환자의 의사가 아닌 국가기관(의무관, 교정시설의 장)의 관여와 재량이 큰 비중을 차지하고 있기 때문에 지속적으로 수형자의 치료받을 권리가 논의되고 있다.

III. 수형자의 치료받을 권리와 현실의 문제점

1. 수형자의 의료접근성

의료접근성이란 경제적, 지리적, 사회문화적 이유와 관계없이 필요한 보건서비스를 이용할 수 있는 정도를 말한다.⁷⁾ 일반시민과 달리 수형자의 경우 수용시설의 지리적 여건이나 의료 환경, 교정시설의 장의 재량에 의해서 의료서비스에 대한 접근이 용이하지 않은 문제가 있다. 즉, 수형자의 의료접근성 문제는 ‘원하는 시기에 의료행위를 받을 수 있는가’,

“의무관이 필요하다고 판단하여도 외부진료를 받도록 하는데 어려움이 있다는 의견이 65.6%에 달하였고, 그 이유는 보안과와 협의가 어렵기 때문이라는 이유가 가장 높은 비중을 차지하였으며, 외부진료의 어려움으로 적절한 진료가 이루어지지 못한다는 의견이 66.7%에 달했다.”

4) 정종섭, 『헌법학원론』, 2007, 제662~663면; 허영, 『한국헌법론』, 2007, 제435~436면.

5) 헌법재판소 1993. 11. 25. 선고 92헌마87 전원재판부 결정.

6) 헌법재판소 2005. 2. 24. 선고 2003헌마31, 2004헌마695(병합) 전원재판부 결정.

7) 변재관 외 12인, 『한국의 사회보장과 국민복지 기본선』, 한국보건사회연구원, 1998, 제165면.

또 ‘원하는 의료기관의 의료행위를 받을 수 있는가’의 문제라고 볼 수 있다.

여기에서는 수형자 본인이 원하는 진료를 받지 못했기 때문에 제기되는 문제에 관심을 가질 필요가 있다. 국가인권위원회(이하 인권위) 진정사건의 경우도 대부분 의무관의 진료를 본 후 후속조치에 관한 것이다.⁸⁾ 실제로 의무관에 대한 인권위 보고서에 따르면 의무관이 필요하다고 판단하여도 외부진료를 받도록 하는데 어려움이 있다는 의견이 65.6%에 달하였고, 그 이유는 보안과와 협의가 어렵기 때문이라는 이유가 가장 높은 비중을 차지하였으며, 외부진료의 어려움으로 적절한 진료가 이루어지지 못한다는 의견이 66.7%에 달했다.⁹⁾ 이는 한국형사정책연구원(이하 형정원)의 보고서에서도 크게 다르지 않다.¹⁰⁾

또한 인권위의 수용자들에 대한 설문조사에서 19.7%가 자비부담의 요구를 받은 적이 있다고 답하였고, 42.6%가 진료비를 부담할 능력이 되지 않아 진료를 받지 못한 경험이 있다고 답하였다.¹¹⁾ 또한 실제 외부진료를 받은 수형자 중 전액자비로 부담한 수형자(53.5%)가 전액관비로 부담한 수형자(26.0%)보다 훨씬 더 많았다. 여기에 의무관이 자신의 질병

**“수형자에 대한 의료처우가
의사입장에서 일반인에 비해
전체적으로 부족하다고 보는 의무관과,
수형자를 의사입장에서 환자로 바라보는
것이 아니라 단순한 형 집행의 객체로
바라보는 의무관이 존재한다.
수형자는 국가권력에 의하여 구금되어
있는 상태이기 때문에 오히려
교정시설 외부의 시민들보다
국가의 책임은 더욱 크다”**

을 대수롭지 않게 생각한다면, 실제 진료 없이 처방만 받은 적이 있다(53.1%)는 내용을 포함하면¹²⁾ 이러한 결과는 의료접근의 문제가 단순한 우려에 그치지 않는다는 점을 보여준다.

2. 진료단계에서 문제점

인권위 보고서에 따르면 의무관에게 외부진료를 신청했다가 거부당하거나, 그 중 의무관이 진료를 하지 않고 외부진료를 거부한 경우도 나타났다.¹³⁾

8) 예컨대 의무관이 본래 먹던 약을 처방해주지 않아 필요한 약을 가족이 넣어주는데 의무과장이 외부 약을 불허한 경우(국가인권위원회 2007. 3. 12. 06진인1449 결정).

9) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제123~124면.

10) 연성진·노용준·김안식·정영진, “수용자의 보건·의료실태와 개선방안에 관한 연구”, 『한국형사정책연구원 연구총서 08-12』, 제81면에 따르면 외부진료를 받도록 하는 데 어려움이 있다는 의견이 57.1%, 보안과와 협의가 어렵기 때문이라는 이유가 79.2%, 외부진료의 어려움으로 적절한 진료가 이루어지지 못한다는 의견이 69.0%에 달했다.

11) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제149~150면.

12) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제161면.

13) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제165~166면.

진료를 거부한 이유로는 ‘일단 지켜보자’가 가장 많은 것으로 나타났다.

실제로 의무관들에 대한 인권위의 설문조사에서 의무관들은 환자인 수행자가 하는 말을 ‘대부분 믿지 않는다.’고 응답한 비율이 21.2%에 달했다(행정원의 조사에서는 ‘대체로 믿지 않는다.’가 44.2%).¹⁴⁾¹⁵⁾ 또한 수행자들이 과잉진료를 받고 있다고 생각하는 비율이 46.7%에 달했고 심지어는 ‘모든 환자가 치료가 필요 없는 사람’이라고 응답한 경우도 있었다. 반면 ‘현재 처치가 부족하며 더 세밀하고 집중적인 치료가 필요하다’고 생각하는 의무관은 17.4%, 이들 중에도 ‘모든 환자가 더 세밀한 처치가 필요한 사람’이라고 응답한 경우도 있었다.¹⁶⁾ 이는 수행자에 대한 의료처우가 의사 입장에서 일반인에 비해 전체적으로 부족하다고 보는 의무관과, 수행자를 의사입장에서 환자로 바라보는 것이 아니라 단순한 형 집행의 객체로 바라보는 의무관이 존재한다는 점을 보여준다. 즉

**“법체계적 관점에서 보면 국가는
수형자에 대한 치료받을 권리를
보장해야 할 의무를 지는 것이고,
국가의 예산상 이유로 수행자들이
적절한 의료보장을 받지 못하는 현실은
국가의 수행자에 대한
보건의무불이행이 된다.”**

의무관에 따라 동일한 환자인 수행자에 대해 정반대의 결론이 날 수 있다는 것이다. 물론 수행자들에 대하여 원하는 의료처우를 국가예산으로 모두 해주기는 어렵다. 하지만 수행자는 국가권력에 의하여 구금되어 있는 상태이기 때문에 오히려 교정시설 외부의 시민들보다 국가의 책임은 더욱 크다는 점을 간과해서는 안 된다.

3. 교정시설 내 의료기기 현황

「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 제39조 제1항은 ‘교정시설에는 수용자의 진료를 위하여 필요한 의료 인력과 설비를 갖추어야 한다.’고 규정하고 제4항에서 ‘교정시설에 갖추어야 할 의료설비의 기준에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.’고 하고 있다. 이에 따라 「동법 시행규칙」 제23조 제2항은 별표3에서 기본적으로 갖추어야 할 장비를 규정하고 있다.¹⁷⁾ 하지만 이 정도의 수준은 1차 의료서비스 수준에도 미치는 못하는 것으로 보인다.

부족한 부분을 해결하기 위한 방안으로는 교정병원 설립, 의료시설 지원 등 국가의 책임을 강조하는 의견도 있었지만, 치료를 위한 형집행정지 활성화와 국민건강보험법상의 의료급여자 대우를 대안으로 제시하는 견해가 더 많았다. 이는 실제 국가가 예산 등을 이유로 진료권을 보장하지 못하는 수행자에 대하여 국가예산으로 치료하는 것이 아니라 자비 또는

14) 연성진·노용준·김안식·정영진, “수용자의 보건·의료실태와 개선방안에 관한 연구”, 『한국형사정책연구원 연구총서 08-12』, 제86면.

15) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제125면.

16) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제126면.

17) 즉 일반장비로 청진기·체온계·혈압계·체중계·신장계·고압증기멸균기, 진단장비로 진단용 엑스선촬영장치·심전계·혈당측정기, 처치장비로 심장자동제세동기·산소공급기·드레싱카, 그밖에 휠체어·환자운반기·약품포장기·의료용 필름현상기를 구비하도록 하고 있다.

국민건강보험에 의한 외부진료가 대안이라고 생각하는 의무관이 많다는 것이다.

인권위도 위암말기 수형자가 경제적 능력이 없어 항암치료제 비용을 국가가 부담해야 한다는 취지의 청구에 대하여, “...교도소의 의료비 예산상 현실적으로 수용자들의 자변치료 규정을 두고 있으나, 수용자가 자변치료를 할 경제력이 없고, 의료비란 질환의 경중과 시급성 여부에 따라 우선적으로 사용되어야 할 것이므로 항암치료제 약값은 교도소에서 부담하여야 할 것”이라고 하면서 “위암말기 환자로 예상수명이 얼마 남지 않은 수용자에 대하여 적절한 치료를 해 주지도 못하면서 계속 교도소에 있게 하는 것은 생명권 침해의 소지가 있으므로 교도소 측에서 필요시 관할 지방검찰청 검사장에게 수용자의 형집행정지를 건의해야 할 것”이라고 결정하였다.¹⁸⁾ 결국 현장에 있는 의무관들이나 인권위의 의견은 수형자에 대한 치료는 원칙적으로 국가가 부담해야 하지만, 국가가 이를 책임지지 못하는 상황이라면 수형자를 구급하는 것이 정당하지 못하다는 것으로 이해된다.

IV. 수형자의 치료받을 권리 보장을 위한 과제

1. 국가의 책임의식 강화

「국민건강보험법」 제54조 제4호가 교도소에 수용된 수형자에 대하여 국민건강보험급여를 정지하도록 한 것은 우리 헌법재판소가 밝힌 바와 같이 국가의

“독일의 경우 의학적 처치나 외부진료의 필요성 판단에 대하여 다른 요소를 고려하지 않고 의학적 판단에 따라 이루어져야 한다고 본다. 하지만 조직체계상 결정권자는 교정시설의 장이기 때문에 그 부분에 대한 책임은 교정시설의 장이 부담하지만, 의사에게 일반위임을 승인하면 의사가 직접 외부진료를 위한 이송을 사실상 지시할 수도 있다.”

보호, 감독을 받는 수형자의 질병치료를 국가가 부담하는 것을 전제로 하는 것이다.¹⁹⁾ 따라서 법체제적 관점에서 보면 국가는 수형자에 대한 치료받을 권리를 보장해야 할 의무를 지는 것이고, 국가의 예산상 이유로 수형자들이 적절한 의료보장을 받지 못하는 현실은 국가의 수형자에 대한 보건의무불이행이 된다.

우리나라의 경우 치료중점 교도소는 진주교도소(정신질환, 폐결핵)와 순천교도소(한센병) 두 곳이 운영 중이다. 그런데 정신질환과 결핵전문치료기관임에도 불구하고 진주교도소에는 2008년 기준 정신과와 결핵관련 전문의가 상주하지 않는다.²⁰⁾ 치료중점교도소에 전문의가 상임의로 배치되어 있지 않은 점은 보완해야 할 문제라고 생각한다. 행정원의 설문조사에서 의무관(36.3%)은 물론 수형자(20.7%)들도 의료진의 확충을 교정시설 의료체계 내에서 가장 시급한 것이라고 응답하였다.²¹⁾ 결국 가장 이상적인

18) 국가인권위원회 2004.4.16. 03진인5418 결정.

19) 헌법재판소 2005.2.24. 선고 2003헌마31, 2004헌마695(병합) 전원재판부 결정.

20) 연성진·노용준·김안식·정영진, “수용자의 보건·의료실태와 개선방안에 관한 연구”, 『한국형사정책연구원 연구총서 08-12』, 제188면.

것은 수형자들이 교정시설 내에서 의료처우를 받을 수 있는 시스템을 구축하는 것이다.

2. 수형자에 대한 의료처우 필요성의 판단주체

현재 외부진료의 판단주체는 교정시설의 장으로 되어 있다. 또한 형정원 설문조사에서 의무관들은 수형자에 대한 의료처우에 대하여 외부압력이나 청탁을 받아본 적이 있다고 응답한 비율이 40.9%, 그 중 상대방이 교정시설의 장 또는 관계자라고 응답한 비율이 40.0%에 달했다.²²⁾ 이는 외부진료나 형집행정지의 필요성 판단에서 의학적 판단이 아닌 다른 요소가 크게 반영되고 있는 현실이다.

독일의 경우 의학적 처치나 외부진료의 필요성 판단에 대하여 다른 요소를 고려하지 않고 의학적 판단에 따라 이루어져야 한다고 본다.²³⁾ 하지만 조직체계상 결정권자는 교정시설의장이기 때문에 그 부분에 대한 책임은 교정시설의장이 부담하지만, 의사에게 일반위임을 승인하면 의사가 직접 외부진료를 위한 이송을 사실상 지시할 수도

있다.²⁴⁾ 우리나라도 조직체계상으로 동일한 구조이지만, 외부의 압력이나 교정시설의 사정에 따라 의학적 판단과 다른 결정이 이루어질 수도 있다는 점이 다르다. 따라서 의무관이 의학적 판단에 따라서 외부진료나 형집행정지의 필요성 여부를 판단하고, 교정시설의 다른 이유로 거부되는 것을 방지할 수 있는 제도적 장치가 필요하다.

3. 국가재정의 부족 문제

수형자는 「국민건강보험법」 제54조 제4호에 따라 수형기간 중 보험급여를 지급하지 아니하고, 「동법」 제60조와 「동법 시행령」 제27조에 따라 법무부장관이 연간 들어갈 것으로 예상되는 요양급여비용을 미리 예탁하고, 예탁금액을 초과하는 경우에는 법무부장관에게 즉시 청구하고, 법무부장관은 이를 지급하여야 한다. 인권위 설문조사에서 의무관들은 교정시설 내 의료서비스 문제를 해결하는 방안으로 ‘외부진료 예산확충’(18.5%)과 ‘국민건강보험법상의 의료급여자 대우’(22.2%)를 제시하였는데,²⁵⁾ 이 두 응답은 교정시설 내에서 충분한 의료가 제공되지 못하는 점을 인정한 것이고 비용문제로 외부진료도 충분히 이루어지지 못한다는 점도 간접적으로 보여주는 것이다.

이 문제는 특히 무죄추정의 원칙이 적용되는 미결 수용자의 경우 그 필요성이 더욱 큰 것으로 보인다. 이 부분은 이 사건에 대한 보건복지부 장관의 의견에서도 나타나는데, 수용자에 대한 의료문제는 국가

“원칙적으로 국가재정으로 수형자들의 의료비를 부담하고, 교정병원을 설립하여 운영하는 것이 이상적이다. 교정병원이 충분히 설립되어 운영된다면, 자비진료, 건강보험, 형집행정지 등의 문제는 현저히 줄 것이기 때문이다.”

21) 연성진·노용준·김안식·정영진, “수용자의 보건·의료실태와 개선방안에 관한 연구”, 『한국형사정책연구원 연구총서 08-12』, 제106~107면.

22) 연성진·노용준·김안식·정영진, “수용자의 보건·의료실태와 개선방안에 관한 연구”, 『한국형사정책연구원 연구총서 08-12』, 제88면.

23) BT-Dr. 7/3998, 28; KG StV 1988, 539; OLG Hamm NSZ 1981, 240.

24) Calliess/Müller-Dietz, StVollzG § 65 Rn. 2, 4.

25) 이화영·주영수·임승준·이상윤·이상희·이서치경, “구금시설 수용자 건강권 실태조사”, 『국가인권위원회 2010년 인권상황실태보고서 10-44』, 제130면.

재정으로 부담할 부분이지 국민건강보험이 부담할 부분은 아니다.²⁶⁾

4. 현실적 대안으로서 외부진료와 형집행정지제도

원칙적으로 국가재정으로 수형자들의 의료비를 부담하고, 교정병원을 설립하여 운영하는 것이 이상적이다. 교정병원이 충분히 설립되어 운영된다면, 자비진료, 건강보험, 형집행정지 등의 문제는 현저히 줄 것이기 때문이다.

위에서 본 헌법재판소와 보건복지부장관의 입장이 논리적이고 원칙에 충실하다는 점은 부정할 수 없다. 하지만 헌법재판소와 보건복지부장관의 의견처럼 원칙에 충실하다 보면 필요한 치료를 받지 못하는 상당수의 수형자가 발생하고, 국가가 수용자에게 필요한 의료서비스를 다하지 못하는 상황에서, 외부진료가 많은 부분 자비치료로 이루어지고 있는 것이 현실이다. 국가 최고의 인권수호기관인 헌법재판소와 국민의 보건을 책임져야 할 보건행정의 최고 책임자가 원칙에만 입각하여 또 다른 국가기관을 탓하며 현실을 외면하는 것이 아닌가 하는 생각이 든다.

외부진료를 신청하지 않은 이유 중에 자비로 부담할 능력이 없어서라는 응답이 상당수를 차지하는 것을 보면, 건강보험이 적용되지 않는 수형자의 경우 외부진료가 예산 등을 이유로 자비로 운용되고, 경제적으로 취약한 수형자의 경우는 외부진료의 기회가 있어도 돈이 없어서 진료를 받지 못하는 것이다. 이러한 현실을 고려하여 국가가 책임질 수 있는 현실이 이루어질 때까지는 한시적으로라도 국민건강

“다만 ‘사모님 사건’ 등에서 나타났던 형집행정지의 문제점을 보완하기 위하여 의무관 이외에 다른 의사들의 공통된 의견을 요건으로 하고, 특별한 국립의료기관에서 발급한 진단서를 첨부하게 하는 등 형집행정지제도의 보완이 필요하기는 하다.”

강보험의 요양급여를 받을 수 있도록 하는 제도의 개선이 이루어져야 한다고 생각한다. 물론 이 과정에서 교정의료처우의 비용이 지방자치단체나 국민건강보험에 전가될 수 있는 문제에 대하여는 연구가 필요하다.

여기에 대해 형집행정지제도의 활용도 생각해 볼 수 있다. 인권위의 의견처럼 수형자에 대하여 적절한 치료를 해주지도 못하면서 계속 교정시설에 있게 하는 것은 국가에 의한 수형자의 생명권, 보건권 등에 관한 침해의 우려가 있는 것이다.²⁷⁾ 이러한 경우라면 의무관의 판단으로 적극적으로 형집행정지제도를 활용할 수 있도록 하는 것이 타당하다. 이 과정에서 교정시설의 장에게 형집행정지의 신청권한이 있지만, 의무관의 의견이 적극 반영될 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다.

다만 ‘사모님 사건’ 등에서 나타났던 형집행정지의 문제점을 보완하기 위하여 의무관 이외에 다른 의사들의 공통된 의견을 요건으로 하고, 특별한 국립의료기관에서 발급한 진단서를 첨부하게 하는 등 형집행정지제도의 보완이 필요하기는 하다.²⁸⁾ 투명

26) 헌법재판소 2005. 2. 24. 선고 2003헌마31, 2004헌마695(병합) 전원재판부 결정 보건복지부 장관 의견 참고.

27) 국가인권위원회 2004. 4. 16. 03진인5418 결정.

28) 「형사소송법 일부개정법률안(의안번호 19-05365)」(2013. 6. 17. 이목희 의원 대표발의)과 「형사소송법 일부개정법률안(의안번호 19-05973)」

하고, 실질적인 심사가 이루어질 수 있는 절차가 마련된다면 재량은 0(zero)으로 수축하게 되므로 누가 결정하는지 보다는 시스템의 개선에 초점을 맞추는 것이 바람직해 보인다.

5. 의사(의무관)의 의식

「교도관직무규칙」 제2조 제3호 라목에 보건위생 직교도관의 개념을 정의하고 의무관의 규정을 두고, 제81조 제1항 제1호에서 의무관의 업무를 규정하고 있다. 이에 따르면 의무관은 의사이지만 교도관이다.

하지만 의무관이 우선적으로 해야 할 업무는 수형자에 대한 의료서비스 제공이다. 수형자에 대한 치료 필요성을 의무관의 판단에 맡기는 것이 바람직하다는 것은 앞에서 언급한 것처럼 의무관은 수형자들과의 관계에서는 의사이기 때문이다. 즉 의무관은 수형자를 의사의 관점에서 환자로 보아야 한다. 하지만 의무관에 따라 의학적 필요성의 판단에 크게 차이가 나타나는 실정이다. 그 이유는 여러 가지가 있

“즉 의무관은 수형자를 의사의 관점에서 환자로 보아야 한다. 하지만 의무관에 따라 의학적 필요성의 판단에 크게 차이가 나타나는 실정이다. 그 이유는 여러 가지가 있겠지만 비용이 많이 들어가는 치료의 경우 앞에서 본 것과 같은 예산과 직결되기 때문에 이 부분을 어떻게 할 것인지가 고민일 것이다.”

겠지만 비용이 많이 들어가는 치료의 경우 앞에서 본 것과 같은 예산과 직결되기 때문에 이 부분을 어떻게 할 것인지가 고민일 것이다. 여기서 가치관에 따라 일반시민들도 경제적인 이유로 치료를 받지 못하는 경우가 많은데, 수형자들에게 필요한 치료를 다해주는 것이 국가예산의 낭비라고 생각하는 의무관도 있을 수 있다. 하지만 이러한 고민은 의사로서 해야 할 고민은 아닌 듯하다. 이렇게 의무관에 따라 다른 판단이 이루어지면 수형자들로부터 의무관에 대한 신뢰가 상실될 수 있다.

여기서 「교도관직무규칙」의 업무규정이 수형자에 대한 의료서비스 제공과 관련하여 방해요소일 수 있다. 일반 위생에 관한 사항은 굳이 의무관이 해야 할 필요가 있는 것은 아니고, 기타 교정행정의 경우도 의무행정으로 제한해야 할 필요가 있다.²⁹⁾ 이로써 의무관이 의사로서 수형자를 바라볼 수 있는 최소요건이 이루어질 수 있다고 생각한다.

따라서 의무관의 판단은 대한민국의 통상적인 일반인을 기준으로 이뤄져야 할 것이다. 일부에서는 이 기준을 판단의 상한선이라고 하지만,³⁰⁾ 국가가 직접 구금상태에서 책임지고 있는 상황을 고려하면 최소기준이 되어야 한다. 이를 위하여 구체적인 진료기준을 만드는 것도 생각해 볼 수는 있다. 너무 구체적인 기준이 만들어지면 오히려 의무관의 의학적 판단에 개입하는 문제가 있을 수는 있지만, 최소한의 결정 매뉴얼은 의무관들에게 어느 정도의 기준을 제공할 수는 있을 것이라 생각한다.

(2013. 7. 15. 김태원 의원 대표발의)은 이러한 내용을 담고 있다.

29) 이세경 · 선준구 · 박인경 · 강현희 · 김소윤 · 손명세, “교정의료전달체계와 수용자의 인권”, 『한국의료법학회지』, 제17권 제1호, 2009, 제121, 140면.

30) 허영훈, “토론문-재소자의 치료를 받을 권리에 관한 법적, 의료적 현황과 개선점, 재소자의 치료받을 권리”, 『대한변호사협회 · 대한의사협회 공동주최 토론회 자료집』, 제43, 49면.

V. 결 론

우리 사회는 아직 수형자도 역시 일반시민과 동등한 시민이라는 인식이 부족하다. 이는 2008년 형정원과 2010년 인권위의 실태조사에서 확인할 수 있다. 뿐만 아니라 헌법재판소도 국가가 수형자의 보건에 대하여 보호해야 할 의무를 진다고 하면서도 현실적인 이유로 이를 다하지 못하고 있다는 점을 인정한다.

장기적으로 교정병원을 설립하는 것이 이상적이지만 교정병원의 설립은 말 그대로 장기적인 과제이며, 현실적으로는 외부진료와 형집행정지제도의 활용이 필요하다.

현실적으로 외부진료가 이루어지지 못하는 이유는 보안과 비용의 문제이지만 의무관의 의학적 판단이 가장 중요한 기준이 되어야 한다. 치료받을 권리는 생명권과 직접적으로 연결되고, 헌법상 비례성의 원칙에 따르더라도 본질적인 내용에 해당하기 때문이다. 만약 국가가 수용자에 대한 의무를 다할 수 없다면 구금의 정당성도 사라진다.

국가권력은 언제나 예산의 문제를 이야기하지만 이는 우선순위의 문제이고, 예산배정이 부족하다는

“만약 예산의 문제로 외부진료가 제대로 이루어지지 못하고 자비진료로 이루어져야 한다면, 국민건강보험 급여정지의 정당성이 사라진다. 따라서 현실적으로 자비진료가 주류를 이룬다면 국민건강보험 급여문제에 대하여 전향적으로 생각해 볼 필요가 있다.”

것은 국가권력의 의지부족이다. 우선 외부진료가 필요한 수형자들이 필요한 의료처우를 받을 수 있도록 예산의 확보가 이루어져야 할 것이다. 만약 예산의 문제로 외부진료가 제대로 이루어지지 못하고 자비진료로 이루어져야 한다면, 국민건강보험 급여정지의 정당성이 사라진다. 따라서 현실적으로 자비진료가 주류를 이룬다면 국민건강보험 급여문제에 대하여 전향적으로 생각해 볼 필요가 있다. 또한 이 두 가지 모두 불가능하다면 형집행정지제도의 활용도 고려해 볼 필요가 있다.

따라서 현실만 탓하는 것이 아니라 현실적인 대안을 모색하여야 하며, 이를 위해 새로운 논의를 시작해야 할 때라고 생각한다.

한의사의 안과 의료기기 사용 허용 관련 헌법재판소 판결에 대한 비판적 검토

이 동 필

법무법인 『의성』 변호사 / 내과전문의
mdlaw34@gmail.com



〈편집자주〉 최근 정부의 보건의료 규제기요틴 중 최대이슈인 한의사의 현대의료기기 사용 허용과 관련하여, 헌법재판소 판결(헌재2013.12.26. 2012헌마551, 2012헌마561(병합))이 근거로 인용되곤 한다. “안압측정기는 결과의 해독이 필요 없고 자동으로 측정된 결과만으로 안압의 정상 여부를 판단한다는 점에서 보건위생상 아무런 위해가 없는 한의학의 진단 방법 중 하나인 절진(切診)의 현대화된 방법”이라는 헌재 판단이 과연 타당한지, 비판적 시각에서 검토해보고자 한다.

1. 들어가며

의사와 한의사 면허가 따로 부여되고 서로 각 영역의 진료범위를 침범할 수 없도록 이원화된 우리나라 의료제도에서 한의사로서는 전통적인 진료방법인 진맥, 침, 뜸, 부항, 한약 등만으로는 질병의 진단, 치료에 한계가 있음은 부인할 수 없고 비만, 피부 관리, 미용시술 등 국민건강보험의 적용을 받지 않는 비보험 진료과목이나 안과질환, 이비인후과질환 등 비교적 특화된 의료영역에 대한 진료도 확대하고 있다. 그러다보니 한의사들로서도 현대 의료기기 사용의 필요성이 더욱 절실했던 상황이다. 반면 의사들은 한의사들이 전문적 지식 없이 무분별하게 의료기기를 사용해서 발생하는 보건위생상 위험을 우려하고 있다. 이와 관련하여 헌법재판소가 한의사의 안과 의료기기 사용을 사실상 허용하는 판결을 하여 의료계에 큰 파장이 일고 있다.

2. 헌법재판소 2013. 12. 26. 선고 2012헌마551 판결의 개요

가. 사건의 내용

하O경 한의사는 한의원을 개설하여 청력검사기, 안압측정기, 자동안굴절검사기를 사용하여 내원한 환자에게 안압, 안굴절도 검사를 하거나 청력측정을 한 뒤 이를 토대로 한방약물치료, 침치료, 교정치료, 물리치료 등을 하였고, 박O신 한의사는 한의원을 개설하여 시야검사장비, 세극등 현미경, 안압측정기, 자동안굴절검사기를 이용하여 안압, 시야, 안굴절도

“의사들은 한의사들이 전문적 지식 없이 무분별하게 의료기기를 사용해서 발생하는 보건위생상 위험을 우려하고 있다. 이와 관련하여 헌법재판소가 한의사의 안과 의료기기 사용을 사실상 허용하는 판결을 하여 의료계에 큰 파장이 일고 있다.”

등을 검사한 후 이를 토대로 한방약물치료, 침치료, 교정치료, 물리치료 등을 하였다. 이에 대하여 검찰은 피의자 하O경, 박O신 한의사 모두 한의사로서 면허된 이외의 의료행위를 한 점이 인정되나 피의자가 초범이고, 이 사건 기기의 사용이 한의사의 면허범위를 벗어나는 것인지 여부에 관하여 명확한 법규정이 없는 상황에서 면허 이외의 의료행위를 한다는 점에 대한 명확한 인식이 없었던 점, 이 사건 기기는 안경점, 보청기 판매점 등에서도 사용되고 있는 점 등 경위참작 사유가 있다는 이유로 기소유예¹⁾ 처분을 하였다. 이에 두 한의사는 검찰의 기소유예처분에 대하여 헌법소원을 제기하였다.

나. 헌법재판소의 판단

헌법재판소의 판결 논지를 간추리면 다음과 같다. “한의사의 ‘면허된 것 이외의 의료행위’에 해당하는지 여부의 판단은 구체적인 의료행위의 태양 및 목적, 그 행위의 학문적 기초가 되는 전문지식이 양한방 중 어디에 기초하고 있는지, 해당 의료행위에 관련된 규정, 그에 대한 한의사의 교육 및 숙련의 정

1) 기소유예는 검찰에서 일단 유죄라고 판단이 되지만 사건의 중요성, 범행경위, 피해나 피해회복의 정도, 피의자의 নি়ুচিত্ত 등을 감안하여 법원에 공소를 제기하지 않고 용서하겠다는 취지의 결정을 말한다.

도 등을 종합적으로 고려하여 사회통념에 비추어 합리적으로 판단하여야 하는데, 의료공학의 발달로 종래 의사가 사용하는 것으로 인식되던 의료기기를 한방의료행위에 사용할 수 있는 것인지에 대한 논란이 계속되고 있는 한편, 한방에서 활용되던 의료기법을 의사가 활용하려는 시도 또한 계속되고 있고, 이러한 행위들이 의료법 제27조 제1항 본문 후단의 면허된 것 이외의 의료행위에 해당하는지 여부가 의사와 한의사의 직역 간 갈등으로 비화되어 행정조치 요청이나 형사고발 등을 통하여 다투어지고 있는 실정이다. 의료법은 ‘국민의 건강을 보호하고 증진’하는 것을 목적(제1조)으로 하고 있는바, 의료법 제27조 제1항 본문 후단의 해석 또한 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데 중점을 두어 해석되어야 할 것이다. 따라서 과학기술의 발전으로 의료기기의 성능이 대폭 향상되어 보건위생상 위해의 우려 없이 진단이 이루어질 수 있다면 자격이 있는 의료인에게 그 사용권한을 부여하는 방향으로 해석되어야 한다. 또한 의료법 제27조 제1항 본문 후단의 위반행위는 결국 형사처벌의 대상이라는 점에서 죄형법정주의원칙이 적용되므로 그 의미와 적용범위가 수범자인 의료인(이 사건 심판청구에서는 청구인들인 한의사)의 입장에서 명확하여야 하고, 엄격하게 해석되어야 한다.”고 전제하고 “의료법은 한의사와 의사의 업무영역과 면허범위를 구별하는 이원적인 체계를 취하고

있지만, 이 사건 기기들을 이용한 검사는 자동화된 기기를 통한 안압, 굴절도, 시야, 수정체 혼탁, 청력 등에 관한 기초적인 결과를 제공하는 것으로서 보건위생상 위해를 가할 우려가 없고, 위 기기들의 작동이나 결과 판독에 의사의 전문적인 식견을 필요로 한다고 보이지 않는 점, 한의대의 경우에도 한방진단학, 한방외관과학 등의 교육을 통해 전통적으로 내려오던 한의학을 토대로 한 기본적인 안질환이나 귀질환에 대한 교육이 이루어지고 있고, 이에 대한 한의학적 해석을 바탕으로 침술이나 한약처방 등 한방의료행위 방식으로 치료가 이루어지고 있어, 이 사건 기기들의 사용이 의사만의 전문적인 영역이라고 보기는 어려운 점에 비추어 보면, 청구인들이 이 사건 기기들을 사용하여 한 진료행위는 한의사의 면허된 것 이외의 의료행위라고 보기는 어려우므로 각 한의사들에 대한 각 기소유예처분은 현저히 정의와 형평에 반하는 것으로서 헌법재판소가 관여할 만큼의 자의적인 처분이어서 이로 말미암아 청구인들의 평등권과 행복추구권이 침해되었다”고 하여 관여 재판관 전원의 일치된 의견으로 검사의 기소유예처분을 취소하는 결정을 하였다.

3. 검토

가. 우리나라의 의료제도와 의료, 한방의료의 구분
기준 및 기존 판례들

우리나라는 의료법상 의료, 한방의료의 정의나 각각의 업무영역에 대해 구체적으로 정하고 있지 않으면서 의사가 한방医료를 하거나 한의사가 의료를 하지 못하도록 규정하고 있다.”

“우리나라는 의료법상 의료, 한방의료의 정의나 각각의 업무영역에 대해 구체적으로 정하고 있지 않으면서 의사가 한방医료를 하거나 한의사가 의료를 하지 못하도록 규정하고 있다.”

료를 하지 못하도록 규정하고 있다. 한의사의 면허된 이외의 의료행위에 관하여 헌법재판소는 “한 의학과 서양의학은 그 학문적 기초가 서로 달라 학습과 임상이 전혀 다른 체계에 기초하고 있으므로 자신이 익힌 분야에 한하여 의료행위를 하도록 하는 것이 필요하며, 훈련되지 않은 분야에서의 의료행위는 면허를 가진 자가 행하는 것이라 하더라도 이를 무면허 의료행위와 달리 평가할 이유가 없다. 따라서 한의사에게 허용되는 한방의료행위는 우리의 옛 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학을 기초로 한 질병의 예방이나 치료행위를 하는 것을 의미한다.”고 판시하여 한의사가 한방 의료행위에 해당하지 않는 의료행위를 하는 경우 의료법 제27조 본문 후단의 면허된 것 이외의 의료행위로 파악하고 있다.²⁾ 의료기기에서도 마찬가지로 어떤 의료기기를 한의사가 사용할 수 있는지 법적으로 확실하게 구별이 되어 있지 않아 결국 법해석기관인 헌법재판소나 법원의 판결례에 따라 해석될 수밖에 없다. 이에 관하여 대법원은 “한의사가 어떤 의료기기를 사용할 수 있는지 여부는, 관련 법령에서 한의사의 의료기기 사용을 금지하는 취지의 규정이 있는지, 당해 의료기기의 개발·제작 원리 내지 학문적 기초가 한의학적 원리에 기초한 것인지, 당해 의료기기를 사용하는 행위가 한의학의 이론이나 원리를 응용 또는 적용

**“법원은 위와 같은 기준에 따라
한의사가 방사선으로
성장판 검사를 하는 것,
CT 촬영을 실시하는 것,
X-선을 이용하여 골밀도 측정을 하는 것,
피부에 IPL 시술을 하는 것 등은
의료법에 위반된다고 판결하였고
헌법재판소도 한의사가
초음파골밀도측정기를 사용한 것,
초음파진단기로 경부초음파 진단한 것은
의료법 위반이라는 취지의
결정을 한 바 있다.”**

을 위한 것으로 볼 수 있는지, 당해 의료기기를 사용함에 의학에 관한 전문지식과 기술을 필요로 하지 않아 한의사가 사용하더라도 보건위생상 위해가 생길 우려가 없는지 등을 종합적으로 고려하여 판단해야 한다.”고 판시하고 있다.³⁾ 법원은 위와 같은 기준에 따라 한의사가 방사선으로 성장판 검사를 하는 것,⁴⁾ CT 촬영을 실시하는 것,⁵⁾ X-선을 이용하여 골밀도 측정을 하는 것,⁶⁾ 피부에 IPL 시술을 하는 것⁷⁾ 등은 의료법에 위반된다고 판결하였고 헌법재판소도 한의사가 초음파골밀도 측정기를 사용한 것, 초음파진단기로 경부초음파 진단을 한 것은 의료법위반이라는 취지의 결정을

2) 헌법재판소 2013. 2. 28. 선고 2011헌바398

3) 대법원 2014. 2. 13. 선고 2010도10352 판결

4) 서울행정법원 2008. 10. 10. 선고 2008구합11945 판결

5) 서울고등법원 2006. 6. 30. 선고 2005누1758 판결

6) 대법원 2011. 5. 26. 선고 2009도6980 판결

7) 대법원 2014. 2. 13. 선고 2010도10352 판결

한 바 있다.⁸⁾

나. 안과 의료기기 사용의 안전성에 대한 의학적 검토

의료에 있어 질병의 치료를 위해서는 진단이 필수다. 질병의 진단에 의공학의 발달로 많은 진단 의료기기들이 개발되어 있고 계속 발전되고 있다. 다양한 의료기기를 중에서 근전도검사, 혈관 조영술 등 진단기기를 사용하여 진단을 하는 과정 그 자체에 인체에 위해를 끼칠 우려가 있다면 당연히 해당 전문 의료인만이 사용, 시행해야 한다는 점에는 이문이 없을 것이다. 그런데 검사과정이나 검사결과가 도출되는 과정에 인체에 거의 위해가 가지 않는 진단 의료기기의 사용에 대해서는 비교적 넓은 허용이 가능할 것으로 보이지만 그렇기 때문에 오히려 허용여부에 대해서는 좀 더 주의 깊게 검토할 필요가 있다. 질병의 진단은 검사결과만으로 이루어지는 것이 아니라 문진, 시진, 촉진, 청진 및 각종 검사결과 등을 종합하여 질병 여부, 종류, 성질, 진행정도 등을 밝혀내는 임상

**“검사결과를 종합적으로 판독하고
해석할 능력뿐만 아니라
문진, 시진, 촉진, 청진 등 모든
진료과정을 종합하여 정확한 진단을
해내는 능력과 정확한 치료 및
추적관리를 할 능력을 갖추었다고
인정되는 의료인에게 해당 의료기기의
사용이 허용되어야 한다.”**

의학의 출발점으로서 그 진단에 따라 치료법이 선택되는 중요한 의료행위이므로 진단은 치료와 떨어져 존재할 수 없으며 검사결과만으로 판단함으로써 진단이 잘못되어 잘못된 치료로 이어질 경우 환자의 생명, 건강에 심각한 결과가 초래될 수 있기 때문이다. 이 사건에서 문제된 안과 의료기기로 진단이 가능한 대표적 질환 중 녹내장이 있다. 녹내장은 시신경의 변화로 시야장애가 초래되는 진행성 시신경병증으로 실명의 주요 원인이 되는 심각한 질환이기 때문에 정확한 진단과 치료가 매우 중요하다. 녹내장은 일반적으로 안압이 상승함으로써 발생하는 것으로 알려져 있지만 실제로는 안압이 정상이더라도 녹내장이 발생할 수 있으며 우리나라를 포함한 동아시아 지역에는 안압이 상승된 녹내장보다 안압이 정상인 녹내장이 더 많다고 알려져 있다. 그리고 자동시야측정장비는 시야 측정 자료를 자동적으로 산출하여 결과를 보여주지만 전문지식과 경험으로 그 자료를 정확히 해석해야만 녹내장성 시야 이상인지 여부를 판독할 수 있다. 따라서 안압측정기에 나타난 안압결과나 시야측정장비에서 도출된 시야측정 결과만으로 녹내장을 진단할 수 없고 이를 제대로 진단하지 못하여 적절한 치료를 받지 못하는 경우 시력상실이 라는 치명적인 결과에 이를 수 있다. 그러므로 의사라도 안과전문가가 아니면 거의 대부분 안압측정기 등 안과 의료기기를 사용한 진료를 하지 않고 있다. 이와 같이 진단을 위한 의료기기이고 그 기기를 이용하여 측정결과를 도출하는 과정까지 침습적이지 않고 인체에 거의 위해를 끼치지 않는

8) 2012. 2. 23. 선고 2009헌마623, 2010헌마109 판결

다는 사실에 중점을 두어 비전문가에게 그러한 의료기기의 사용을 함부로 허용해서는 곤란하며 그 검사결과로 해당 과목 전문의사와 협진을 하거나 진료의뢰를 하는 경우에는 해당 의료기기 사용의 허용범위를 확대시킬 수도 있다고 하더라도 직접 환자치료를 담당한다면 검사결과를 종합적으로 판독하고 해석할 능력뿐만 아니라 문진, 시진, 촉진, 청진 등 모든 진료과정을 종합하여 정확한 진단을 해내는 능력 및 정확한 치료 및 추적관리를 할 능력을 갖추었다고 인정되는 의료인에게 해당 의료기기의 사용이 허용되어야 한다.

다. 허용여부 판단(법익의 균형성) 검토

한의학이 의료기기 사용을 허용할 수 있는지 구별은 관련 법령에서 한의학의 의료기기 사용을 금지하는 취지의 규정이 있는지, 당해 의료기기의 개발·제작 원리 내지 학문적 기초가 한의학적 원리에 기초한 것인지, 당해 의료기기를 사용하는 행위가 한의학의 이론이나 원리를 응용 또는 적용을 위한 것으로 볼 수 있는지, 당해 의료기기를 사용함에 의학에 관한 전문지식과 기술을 필요로 하지 않아 한의학이 사용하더라도 보건위생상 위해가 생길 우려가 없는지 등을 종합하여 판단해야 하는데, 그 중 가장 중요한 것은 당연히 비전문가가 의료기기를 사용함으로써 발생할 수 있는 보건위생상 위해라고 보아야 한다. 이 사건에서 헌법재판소는 한의사에게 안과 의료기기 사용을 금지 시킴으로써 침해되는 한의사의 기본권은 평등권, 행복추구권이라고 판단하였다. 한의사에게 안과

“안과질환검사, 청력검사를 넘어 향후 각종 혈액검사(일반혈액검사, 혈액을 이용한 혈당검사, 간기능 검사, 신장기능 검사, 콜레스테롤 검사 등)와 같이 자동화된 기기를 통하여 검사결과가 자동적으로 산출되면서 인체에 피해가 경미한 진단기기들을 한의사가 사용하는 것에 대한 허용여부와 논란이 점차 확대될 가능성이 높아질 것으로 예상된다.”

의료기기 사용을 금지하려면 한의사의 평등권, 행복추구권을 제한하는 정도에 비추어 그 금지로써 지키고자 하는 공익, 즉 국민보건위생에 위해를 방지할 공익이 더 커야 한다는 의미이다. 또한 의료법 위반혐의로 형사처벌 여부를 판단함에는 관련 법령을 엄격히 해석적용 해야 한다. 따라서 안과 의료기기가 자동화된 기계로서 검사과정 자체에 보건위생상 위험이 낮고 동의보감에서 안질환 진단과 치료에 대한 내용이 나오므로 한의사도 안과 의료기기를 사용함에 제한을 가하는 것은 곤란하다는 헌법재판소의 판단은 법리적으로 타당하다. 하지만 예를 들어 백내장과 같은 안과 질환은 치료방법이나 시기가 녹내장에 비해 중요하지 않다고 하더라도 앞서 언급한 바와 같이 녹내장과 같은 안과질환은 안압측정기나 자동시야측정장비의 자동화된 검사결과로 진단하기 어려운 경우가 많고 적시에 진단, 치료가 이루어지지 않으면 자칫 시력을 상실할 수 있는 매우 중요한 질환이므로 안과 진단기기 사용 자체의 위험성만 고려할 것이 아니라 구체적인 질환별로 한의학적으로도

정확한 진단과 실제로 적절한 치료가 가능한지, 시력상실을 막는 치료효과가 실제로 검증된 것인지 등에 대한 객관적 근거에 의한 심리와 판단이 필요하다고 본다. 안과 의료기기 사용에 따른 한의사의 평등권, 행복추구권의 기본권 보호 필요성과 그에 대비되는 구체적 질환별 위험성(국민 보건위생의 위해)에 대하여 좀 더 실질적인 검토를 한 후 결론을 내리는 것이 타당하며 대상사건에서 한의사의 안과 의료기기 사용을 너무 피상적으로 허용한 것이 아닌가 염려된다.

4. 결어

의료기기 사용을 허용함에는 의료기기 사용 그 자체에 수반되는 위험성뿐만 아니라 의료기기에서 도출된 결과와 환자 진찰로 수집한 모든 정보를 종합적으로 해석, 적용하여 질병을 제대로 진단하고 진단된 질병을 제대로 치료할 수 있는 능력을 갖추었

는지 구체적으로 꼼꼼한 검토가 필요하다. 한의사의 의료기기 사용과 관련하여 이 사건에서 문제된 안과 질환검사, 청력검사를 넘어 향후 각종 혈액검사(일반 혈액검사, 혈액을 이용한 혈당검사, 간기능 검사, 신장기능 검사, 콜레스테롤 검사 등)와 같이 자동화된 기기를 통하여 검사결과가 자동적으로 산출되면서 인체에 피해가 경미한 진단기기들을 한의사가 사용하는 것에 대한 허용여부와 논란이 점차 확대될 가능성이 높아질 것으로 예상된다. 이러한 논란이 발생될 때마다 대부분의 언론이나 국민들은 단지 이권 싸움, 직역싸움으로 평가절하 하는 경우가 많지만 이는 특정 직역 종사자의 기본권 침해 문제를 넘어서 국민의 건강과 관련된 중대한 문제이므로 구체적이고도 신중하게 검토하고 판단해야 한다. 결국 이러한 문제는 의료, 한방의료로 나누어져 따로 교육을 받고 따로 진료를 해야 하는 제도의 산물이므로 궁극적으로는 의료와 한방 의료를 통합한 의료일원화가 이루어져야 한다고 본다.

진단서 등 작성 · 교부 지침 연구

How to Write and Issue Medical Certificates

이 윤 성

서울대 의대 교수
yoonslee@snu.ac.kr



의사의 법률 행위 가운데 가장 혼란의 일은 진단서 같은 각종 증명서(이하 “진단서 등”이라 한다)를 작성하고 교부하는 일이다. 진단서는 의사가 사람의 신체를 검사하여 생명이나 몸과 마음의 건강 상태에 관하여 의학적으로 판단한 증명서다. 사회가 복잡해지면서 사회생활에서 진단서는 각종 법적 권익과 밀접한 관계가 있다. 우리나라 법률에는 모두 200개가 넘는 법규에서 의사의 판단, 즉 진단을 요구한다.

의학 지식과 장비가 발전하였지만 진단서 등 작성 교육 등은 의과대학 교육과정에서 우선순위가 낮은 내용으로 간주하여 제대로 교육하지 않는다. 또 의료 현장에서는 규정이나 서식에서 드러난 모호함이나 애매함, 의료인들이 자칫 저지르기 쉬운 착오 그리고 극히 일부의 허위진단서 사건에 드러난 불법행위 때문에 잘못 작성되고 교부된 진단서 등을 볼 수 있다. 대한의사협회는 1996년과 2003년 두 번에 걸

쳐 진단서 작성 지침을 발간한 적이 있으나, 그동안 서식의 변화나 법률 해석의 진화 등을 제때에 고려하지 못하였다.

진단서의 의미

진단서는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 등이 건강 상태를 증명할 목적으로 진찰 결과나 결과를 바탕으로 한 판단을 기재하여 작성한 문서다. 굳이 형식을 다루지 않으나 의료법 시행규칙의 진단서 서식과 같이 의료인의 자격을 기재하는 등의 형식을 갖추어야 한다.¹⁾ 달리 명시하지 않으면 진단서는 의료법 제17조에 정한 바와 같이 진단서, 상해진단서, 사망진단서, 시체검안서, 출생증명서, 사산증명서, 사태증명서, 소견서, 감정서를 비롯하여 각종 건강(장애)진단서를 아우른다.

한편 [감염병의 예방 및 관리에 관한 법률] 제11조의 규정에 따라 의사가 법정 감염병을 진단하는 등의 사실을 신고하기 위한 서류는 진단서가 아니다. 법정 감염병을 거짓으로 신고한 경우에는 같은 법 제81조에 벌칙 규정을 따로 두었다.

진단서는 원칙적으로 진찰한 당시의 건강 상태를 증명한다. 때로 과거의 진료 사실을 증명하려는 목적으로 진단서를 교부하기도 하는데, 이런 목적의 진단서는 엄격하게 「사실 확인서」라야 한다. 예를 들어 수 년 전에 ‘위암’ 때문에 수술을 받았다면 현재의 건강 상태는 ‘위암’이 아니라 ‘위암 때문에 위 절제술 후 상태’고, 비록 진단서 서식에 기재할지라도 사실 확인서의 성격이 크다. 어찌되었든 진단서에 포함한다.

진단서는 의사 개인이 발행하는 사문서(私文書)지만 사회적으로나 법적으로는 공문서(公文書)와 비슷한 가치를 가진다. 예컨대 사람의 법적 권리는 출생 신고로 시작하고 사망 신고로 끝나는데, 출생증명서와 사망진단서가 각각 그 사실을 인정하는 근거다. 이러한 의료 문서는 사망원인 통계를 비롯하여 여러 사업의 기초 자료이며 우리나라뿐 아니라 세계적으로도 보건 통계에 이용된다.

취직이나 취업에 필요한 건강의 증명, 보험금의 청구, 폭행이나 상해 사건에서 피해자의 손상 정도 판단, 병역 수행 가능 여부 판단, 운전 가능 여부 판단을 비롯한 각종 면허 신청과 같은 사회적인 활동에도 의사의 진단서는 매우 중요하다. 그러므로 의사는 진단서의 중요성을 잘 알고 있어야 하며, 바르게 작성하고 적절하게 교부하여, 불필요한 피해가 발생하지 않도록 노력해야 한다.

진단서의 내용은 진료한 사람의 생명이나 질병 또는 건강 상태에 대한 판단이다. 내용의 진정성(眞正性)은 진단서의 근본이다. 진단서는 의사가 자신의 지식과 경험, 그리고 검사 결과를 바탕으로 판단하여야 한다. 당연한 일이지만 진료할 때에 의사는 환자에게 온정적인 태도를 가져야 한다. 그러나 진단서 작성과 교부는 법률적인 행위이므로 온정적인 의사가 아니라 엄정한 감정인으로서 수행하여야 한다.

진단서 관련 의무

진단서의 작성과 교부와 관련되어 의사에게 다음과 같은 의무가 있다.

(1) 진단서 교부 의무 : 국민의 일상생활에 진단

1) 문헌호, 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점, 의료법학 2013;14(2):49-80.

서나 증명서가 첨부되어야 하는 경우가 많다. 만약 의사가 진단서를 교부하지 않으면 국민들의 활동에는 제약이 따르고 권리를 행사할 수 없는 일이 생긴다. 이를 방지하기 위하여 의사는 의료법 제17조 제3호에 “진단서·검안서 또는 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.”고 하였다. 다만 정당한 사유가 있다면 교부 요구를 거부할 수 있는데, 이를테면 환자 본인이나 적법한 대리인이 아닌 사람이 진단서 교부를 요구하는 경우, 범죄에 이용될 의심이 있는 경우 등이다.

(2) 비밀유지 의무 : 진단서를 직접 환자에게 교부하는 것을 원칙으로 하되, 만약 환자가 사망한 경우에는 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계존속에 교부하거나 또는 검안서라면 담당 검사에게 교부할 수 있다고 하였다. 법은 의사로 하여금 의료 등의 업무로 알게 된 비밀을 지키도록 요구하였다.

업무로 알게 된 비밀(秘密)이란 본인이 직접 말하거나 은연중에 알게 되었거나, 진료 과정에서 알게 되었음을 구분하지 않는다. 비밀이란 본인이 비밀로 할 것으로 원하는 사항이거나, 일반적으로 비밀로 하려는 사항 모두를 포함하며, 일반에게 알려지지 않은 사항을 의미한다. 누설(漏洩)은 비밀의 사항을 말로 알려거나 문서로 알려거나 또는 의무기록을 보이거나 하는 등 방법을 가리지 않는다.

(3) 허위진단서 작성 금지 : 거짓으로 진단서를 작성해서는 안 된다. 허위진단서는 내용이 사실과 다를 뿐 아니라 작성자가 사실이 아니라는 인식이 있는 상태에서 작성한 것이다. 따라서 단순한 오진(誤診) 진단서는 허위진단서가 될 수는 없다. 사실과 다

른 것은 객관적으로 판단할 수 있으나 허위를 인식하고 있었는지는 매우 주관적이므로 판단하기 어렵다.

(4) 진단서 사본 보관 의무 등 : 진단서는 의료인이 교부할 수 있다.²⁾ 그러나 모든 의료인이 모든 종류의 진단서등을 교부할 수는 없다. 의사, 치과의사, 한의사는 진단서(각종 진단서를 모두 포함한다.)와 검안서를 교부할 수 있고, 의사·한의사 또는 조산사는 출생증명서, 사망진단서, 사산증명서를 교부할 수 있다.

진단서 작성자

진단서를 작성하고 교부할 수 있는 의료인은 면허를 가진 것만으로는 충분하지 않다. ①의료업에 종사하여야 하고 ②직접 진료하여야 한다. ‘의료업에 종사’는 개설된 의료기관에 소속하여 지속적으로 의료행위를 수행하는 것을 의미한다. 신고하지 않은 상태로 일시적으로 당직 진료를 하고 있는 의사는 진단서를 교부할 수 없다. 예외로 국립과학수사연구원처럼 검시(檢屍) 업무를 담당하는 국가기관에 종사하는 의사는 비록 의료업에 종사하지는 않지만 검안서를 작성하여 교부할 수 있다.

‘직접 진료’는 당연한 일이지만 직접 진료의 내용이나 범위를 정하지는 않았다. 예외로 ①진료하던 환자가 최종 진료한 때로부터 48시간 이내에 사망한 경우와 ②진료하던 의사가 어쩔 수 없이 진단서를 내줄 수 없는 경우다.

진찰한 의사와 진단서를 작성한 의사가 다를 수 있다. 진찰한 의사가 진단서를 작성하고 진단서의 명의에 자신의 이름을 기재하는 것이 원칙이다.

2) 의료인이 아닌 사람이 진단서를 작성하면 의료법 제17조 위반이다. (서울고법 1971. 6. 24. 선고 71노297 판결)

(1) 진찰하지 않은 의사가 자신의 명의로 진단서를 작성하여 교부하였다면 ‘직접 진료’하지 않고 진단서를 작성하여 교부하였으므로 의료법 제17조 위반이다. 다만 특별한 사례에 대하여 대법원³⁾은 “직접 진료하지 아니하였지만 위 병원 소속 의사와 직원들에 의하여 검사와 진단이 행하여진 후 위 병원의 통례에 따라 원고가 대표자로서 그의 명의로 건강진단서를 작성 발급한 점 등을 고려하여 보면, 이 사건 처분은 위반행위의 정도에 비하여 원고에게 지나치게 가혹하여 재량권의 범위를 일탈한 위법한 처분”이라고 보았다.

(2) 진찰하지 않은 의사가 진찰한 의사의 명의로 진단서를 작성하여 교부하였다면, 상황에 따라 다를 수 있다. 예를 들어 교수가 진찰하였고 전공의에게 진단서를 작성토록 하되 교수의 명의로 진단서를 교부하였다면, 전공의는 교수를 대신하여 작성 업무만을 수행하였고 진단서 작성의 주체는 교수이므로 의료법을 위반하였다고 보기는 어렵다. 진찰한 교수의 승낙 없이 전공의가 교수 명의의 진단서를 교부하였다면 의료법 위반에 해당한다.

(3) 진찰한 의사가 다른 의사의 명의로 진단서를 작성하였다면, 명의를 허위로 기재한 ‘허위진단서’에 해당할 수 있다.

진단서 일반 기재 사항

(1) 환자의 주소·성명 및 주민등록번호 : 본인 확인은 작성자의 책임이다. 확인할 책임이 무한한 것은 아니고 일상적인 방법으로 확인하였다면 충분하다. 예를 들어 일란성 쌍둥이가 속이려고 든다면 이런 상황까지 의사가 확인할 수는 없다.

(2) 병명 : 병명은 의료법 시행규칙 제9조 제3항에 따라 한국표준질병·사인분류에 따라야 한다. 병명에는 근거가 있어야 한다. 진단서 서식의 병명은 크게 두 가지로 나뉜다. 하나는 「임상적 추정」과 「최종 진단」이다. 임상적 추정은 주로 환자의 주관적 증상과 일부 객관적인 징후를 바탕으로 추정한 진단이고, 최종 진단은 객관적 징후만 있어도 진단할 수 있지만 대개는 증상과 징후뿐 아니라 검사 결과로써 객관적이고 재현 가능한 근거가 있을 때에 해당한다. 모든 증상과 징후, 검사 결과 등의 근거는 의무기록에 있어야 한다.

(3) 발병 연월일 : 발병 연월일은 질병이든 손상이든 상병(傷病)이 발생한 시점을 의미한다. 교통사고처럼 손상이 발생한 시각이나 갑자기 생긴 흉통으로 진단한 급성심근경색증은 발병한 때가 분명할 수도 있지만, 만성 질환의 대부분은 생물학적으로 당해 질병이 발생한 때를 정확하게 알 수 없다. 예를 들어 내시경으로 위암을 진단하였으나 위암이 언제 발병하였는지를 알 수는 없다. 발병 연월일은 생물학적인 발병일을 의미하는 것이 아니라 임상적인 발병일이다.

(4) 향후 치료에 대한 소견 : 진단한 뒤에 또는 진단서를 교부한 날 이후에 치료에 관한 의학적인 사실을 의미한다. 예를 들어 수술이나 입원 치료가 필요하다거나 또는 구체적으로 “골절 부위에 대한 내고정 수술이 필요하다”든지 “위암 때문에 부분위절제술을 받았으므로 식사를 적게 자주 해야 한다” 등을 기재할 수 있다. 특별히 기재할 내용이 없다면 기재하지 않아도 무관하다.

3) 대법원 1993. 7. 13. 선고 92누16010 판결(의사면허자격정지처분취소)

(5) 기타 : 진단서는 의사 개인이 교부하는(책임지는) 의학적 문서다. 따라서 의료기관 대표의 날인이 필요하지는 않다. 진단서를 교부하는 의사

가 의료업에 종사하고 있음을 증명하기 위하여 의료기관은 반드시 기재하고 병원장의 날인은 생략하여도 상관없다.

미국 전자건강기록 인센티브제도의 동향

의료정책연구소 부연구위원 김 계 현

1. 배경

지난 수십 년 동안 보건의료분야에서는 의료 및 건강정보를 전산화하여 관리하기 위한 다양한 건강 정보기술(Health Information Technology, HIT)들이 개발되었다. 또한 전 세계적으로 많은 의료기관들이 HIT를 기반으로 개발된 전자건강기록(Electronic Health Record, EHR) 시스템을 도입하고, 이를 통해 환자의 건강정보 관리, 의료인의 진료 지원, 의료기관 업무의 효율성 증대 등을 꾀하여 왔다.¹⁾

국제표준화기구(ISO)는 전자건강기록(EHR)을 ‘환자의 건강과 관련된 정보를 컴퓨터가 이해할 수 있는 형식으로 저장한 것’이라고 정의하고, 전자건강기록(EHR)의 다양한 종류로 의료기관 수준의 의료기록, 공유 가능한 의무기록, 소비자 의무기록, 연구와 질병 등록 등과 관련된 공공의무기록의 관점에서 제시하고 있다.²⁾

2001년 미국의학원(IOM)는 EHR 시스템은 일차적으로 환자에 대한 진료 제공, 진료 관리, 진료 지원, 환자의 자기관리에 사용해야 하고, 이차적으로는 교육, 규제(regulation), 연구, 공중보건 및 보

안, 정책지원에 사용할 수 있다고 권고하였으며, EHR의 핵심기능을 8가지로 제시한 바 있다.³⁾

한편 최근 보건의료분야의 화두인 가치기반 지불제도(Value-Based Purchasing), 성과기반 지불체계(Pay for Performance)와 관련하여 몇몇 국가들이 IT기반의 활용, 전자건강기록(EHR)의 사용 등에 대해서 의료인과 의료기관에 재정적 인센티브를 지급하고 있다. 특히 미국의 경우 막대한 예산을 들여 국가차원에서 전자건강기록(EHR) 관련 정책을 추진하고 있는데, 이하에서는 미국의 전자건강기록(EHR) 확산을 위한 그간의 노력과 EHR 인센티브제도의 현황을 살펴보았다.

2. 미국 전자건강기록(EHR) 정책의 경과

2004년 부시 행정부는 “Universal EHRs by 2014”를 표방하고, 4대 세부목표로 ① 2014년까지 상호운용적 EHR을 전 국민에 제공, ② 국가 건강정보교환 인프라 구축, ③ 공중보건 관리시스템 개선, ④ 소비자 권한 증진으로 설정하였다. 특히 이를 원활하게 추진하기 위해 국가건강정보기술조정국(Office of the National Coordinator,

1) 김화선 외, 의료정보 표준에 기반한 EHR 플랫폼의 설계 및 개발, 한국지능시스템학회 논문지, 제21권 제4호, 2011, 457면.

2) 김윤 외, 전자건강기록 구축 및 건강정보 종합서비스 제공방안 연구, 서울대학교 보건대학원, 2000, 69면.

3) IOM(2001)은 EHR의 핵심기능은 보건의료정보와 데이터 수집, 결과 관리, 처방입력 및 관리, 의사결정지원, 전자적 의사교환과 연결성 확보, 환자 지원, 행정지원, 보고와 국민건강 관리로 제시하였다.

ONC)을 설립하고, 2005년에는 연방자문기관인 건강정보위원회(American Health Information Community, AHIC)를 설치하였다.

이후 오바마 행정부는 2009년 경기부양법(American Recovery and Reinvestment Act, ARRA)의 재정을 통해 본격적인 EHR 확산의 발판을 마련하였다. 즉 경기부양법의 하위법인 건강정보기술법(Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, HITECH)에 미국 의료기관의 열악한 정보화 상황을 개선하기 위한 해당 산업의 투자계획을 명시하고, EHR 및 보안이 확보된 개인 전자건강정보의 교환을 포함하는 Health IT 발전을 통해 보건의료서비스의 질, 안전성 및 효율성을 개선하고자 하였다. 또한 보건의료제공자 및 의료기관이 공인된 EHR을, 정해진 목표달성을 위해 활용할 경우 Medicare와 Medicaid 하에서 인센티브를 지급하는 제도를 수립하였다.

동 법에 의거 전체 Health IT 관련 미국 정부의 예산은 약 360억 달러(한화 약 39조 4,992억 원)로 배정되었고, 이중 340억 달러는 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)를 통한 Medicare, Medicaid 인센티브 예산으로, 20억 달러는 관련 기구(ONC, AHIC 등)의 표준개발 및 평가, 검증 인프라 구축, 관련 지원 등에 활용될 예산으로 배정되었다.⁴⁾

3. EHR 인센티브제도의 개요

EHR 인센티브제도의 목적은 보건의료체계 개혁

에서 필요한 건강정보 기술들을 통합하고, 보건의료의 질과 효율성, 그리고 환자의 안전을 개선하기 위함이며, 특히 EHR을 활용하여 분절적인 의료서비스의 제공을 줄이고, 통합과 재편성을 통해 불필요한 입원과 치료, 검사를 줄이고자 하는 것이었다.

이로 인해 현재 CMS와 ONC의 주관 하에 Medicare에 적용되는 EHR 인센티브제도는 CMS가 관리하고, Medicaid에 적용되는 EHR 인센티브제도는 각 주(state) 단위에서 관리한다.

의료인과 의료기관들은 EHR 인센티브제도에 자발적으로 참여할 수 있다. 먼저 인센티브제도에 참여를 원하는 의료인과 의료기관들은 ONC로부터 EHR을 인증 받아야 한다. ONC web-site에서는 2010년 가을부터 공인된 EHR의 목록을 제공하고, 기존에 사용하던 EHR이 있다면 ONC로부터 인증을 받을 수 있도록 하였다.

EHR 인센티브제도는 단순히 EHR을 사용한다고 보상하는 제도가 아니고, EHR을 의미있게 사용(Meaningful Use)하는 것에 대해 평가하고 보상한다. 여기서 'Meaningful Use' 즉, 유의미한 사용이란 인증된 EHR을 사용하고, 의료의 질을 개선하기 위해 건강정보를 전산화하여, 임상 질 지표 등의 평가항목들에 대해 보고하는 것 등이며, 보안 및 프라이버시가 강조되는 것을 의미한다.⁵⁾

특히 CMS 등은 EHR의 유의미한 사용을 확대하기 위해 2016년까지 단계별 추진 목표와 중점 과제를 다음과 같이 제시하였다.⁶⁾

4) 정영복, Overview of Meaningful use, 2013 Health ICT 세미나 자료집, 한국보건복지정보개발원, 2013.

5) David C. Kibbe, A physician's guide to the medicare and medicaid EHR Incentive programs : the basics, Family Practice Management, 2010;17(5);17-21.

6) www.cms.gov

- 1) 데이터 수집 및 공유의 단계(2011~2012): 표준화된 포맷으로 건강정보 수집, 주요 건강지표 추적을 위한 정보활용, 진료 관리 프로세스를 위한 정보 소통, 공공 건강정보 및 의료의 질 측정을 위한 보고 개시, 환자 등을 위한 정보 활용
- 2) 의료체계 고도화 단계(~2014): 보다 엄격한 건강정보 교환 추진, 전자처방 및 연구결과 접목을 위한 요건 강화, 환자 진료 관련 문서의 전자화 등
- 3) 보건의료 성과개선 단계(~2016): 건강성과 개선을 위한 질, 안전성, 효율성의 향상, 국가의 최우선 상황을 위한 의사결정 자원, 자기관리 툴에 대한 환자의 접근성 제고, 공중보건 향상 등

한편 유의미한 EHR의 활용을 평가하는 지표는 필수지표와 추가지표로 구성되는데 필수지표는 ①의료의 질, 환자안전, 효율성 개선과 건강불균

형 개선 ②환자들과 가족들의 건강관리 참여 ③치료 조정 개선 ④개인건강정보 보호의 4가지 영역으로 구성되고, 추가 지표로는 공중보건 개선의 영역이 포함된다(표 1).

의료인들의 경우 필수영역의 지표 15개와 추가지표 10개 중 5개를 선택하여 총 20개 지표들의 측정기준을 충족해야 하고, 병원과 거점병원들의 경우 필수영역의 지표 14개와 그 외 추가지표 10개 중 5개를 선택하여 총 19개 지표들의 측정기준을 충족해야 한다. 단, 추가지표를 선택할 때 공중보건 개선 영역에서 1개 이상의 지표를 선택하여야 한다.

4. EHR 인센티브제도의 보상방법

의료인 및 의료기관이 EHR 인센티브를 받기 위해서는 Medicaid의 경우 참여하는 첫해에는 EHR을 설치, 실행, upgrade하면 되고, 그 이후부터는

표 1. EHR 활용에 대한 평가지표 및 항목(예시)

영역	구분	평가항목
질, 효율성, 환자안전 개선 등	필수	<ul style="list-style-type: none"> - 전자처방전달시스템의 사용 - 약물간, 약물과 알레르기 상호작용 확인 - 전자처방전 사용 - 환자의 인구학적 정보 기록 - 복약목록 등
	추가	<ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상 환자의 사전의료지시서 기록 - 임상 검사결과 포함 - 환자에게 예방방법과 추적관리를 상기시킴
환자들과 가족들의 건강관리 참여	필수	<ul style="list-style-type: none"> - 환자 요청시 건강정보 전자 복사본 제공 - 퇴원시 퇴원설명서 복사본 제공
	추가	<ul style="list-style-type: none"> - 환자가 전자건강정보에 접근할 수 있도록 제공
치료조정개선	필수	<ul style="list-style-type: none"> - 주요 진료정보를 전자적으로 교환
개인건강정보보호	필수	<ul style="list-style-type: none"> - 전산화된 건강정보 보호
공중보건개선	추가	<ul style="list-style-type: none"> - 예방접종 등록을 위한 전자정보 전송 능력
		<ul style="list-style-type: none"> - 공중보건기관에 보고대상 검사결과를 전송

자료: www.cms.gov

EHR을 의미 있게 사용하는지 보고해야 한다. 인센티브는 가입연도에 관계없이 6년간 최대 \$63,750를 받을 수 있고, 2021년까지 제공된다(표 2).

또한 Medicare EHR 인센티브 프로그램에 참여한 의사가 의료인 부족지역(Health Professional Shortage Area, HPSA)에서 의료서비스를 제공하는

표 2. EHR 가입연도별 인센티브 지급액 - Medicaid

(단위:\$)

	EHR 가입연도						
	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5	Year 6	Total (Maximum)
인센티브 금액	21,250	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	63,750

자료: David C. Kibbe, 2010.

Medicare의 경우 2011년부터 임상 질 지표를 CMS의 웹기반 증명 시스템(attestation system)에 입력하고, 2012년부터 전산자료를 전송하도록 하였다. 인센티브는 가입한 해부터 5년간 지급되며, 2016년까지 제공된다.

경우에는 EHR 인센티브 금액의 10%를 추가로 지급한다(표 3). 단, 해당 인센티브를 받고자 하는 의료인 등은 Medicare와 Medicaid 프로그램 중 하나에만 참여할 수 있다.

2011년과 2012년에 참여할 경우 인센티브는 5년간 최대 \$44,000이 지급되지만, 2013년에 참여할 경우 5년간 최대 \$39,000, 2014년에 참여할 경우 5년간 최대 \$24,000이 지급된다. 2015년 이후 EHR을 의미 있게 사용하지 못했을 경우 Medicare 상환금(reimbursement)이 조정된다.⁷⁾

5. EHR 인센티브제도 성과 및 과제

초기의 보고에 따르면 2011년 5월 기준으로 Medicare EHR 인센티브제도에 300명의 의료인이 참여하여 7,500만 달러가 지불되었고 Medicaid EHR 인센티브제도의 경우 11개 주(state)에서

표 3. EHR 가입연도별 인센티브 지급액 - Medicare

(단위:\$)

		EHR 가입연도			
		2011	2012	2013	2014
인센티브 지급연도	2011	18,000			
	2012	12,000	18,000		
	2013	8,000	12,000	15,000	
	2014	4,000	8,000	12,000	12,000
	2015	2,000	4,000	8,000	8,000
	2016		2,000	4,000	4,000
합 계		44,000	44,000	39,000	24,000
(HPSA추가 합계)		(48,400)	(48,400)	(42,900)	(26,400)

자료: CMS, Medicare Electronic Health Record Incentive Payments for Eligible Professionals, 2013.

7) David C. Kibbe, 앞의 논문, 2010, p.20.

약 1억1,440만 달러가 지급되었는데, 이러한 수준은 미국 정부의 기대보다 낮았다고 한다.⁸⁾ 그러나 시간이 흐름에 따라 의료기관(병원)의 EHR 도입은 증가하여 2009년 12%에서 2012년 기준 44% 수준으로 증가하였고, 2013년 기준으로 Medicare와 Medicaid 진료 의사의 53%가 인센티브제도에 참여하고 있다. 또한 현재는 연방정부의 강력한 정책추진으로 보건의료분야의 건강정보 활용체계가 지속적으로 발전하고 있다고 평가되고 있다.

그러나 한편에서는 EHR의 채택이 가속화 되면서 ‘EHR 인센티브제도’나 ‘EHR의 유의미한 활용 관련 정책’들이 추구하는 목표들이 얼마나 성과를 낼 수 있을지가 중요한 과제로 남아 있다. 실제로

여러 연구에서 EHR의 확산의 결과는 일관적이지 않다. 이 때문에 EHR 시스템의 지속적인 혁신과 향상, 그리고 안전한 실행이 의료서비스의 안전성과 질을 향상시키는 방향으로 이루어지도록 하기 위해서는 지속적인 검증과 연방차원에서의 관련 연구가 더 진행되어야 한다는 의견도 있다.⁹⁾

그럼에도 불구하고 국가차원에서 EHR을 확산하기 위해 장기간의 로드맵을 작성하고, 전문기구를 설치하며, 막대한 예산을 투입하여 민간의 참여를 유도하는 미국의 제도확산 전략은 우리에게 시사하는 바가 크다고 할 수 있어 미국의 EHR 인센티브제도의 경과과정에 대한 지속적인 관심이 필요하다 하겠다.

8) 건강보험심사평가원, 성과연동 지불제도 및 한국의 성과연동 지불 현황 고찰, 2011, 29면.

9) David C. Classen, David W. Bates, Finding the Meaning in Meaningful Use, N Engl J Med 2011;365:855-858.

천미골 기형종 태아에서의 고주파 용해술

천미골 기형종이 있는 태아를 대상으로 천미골 종양으로 가는 혈관을 고주파 전류로 가열하여 괴사시킴으로써 관류를 차단하는 “천미골 기형종 태아에서의 고주파 용해술”이 신의료기술로 인정되었다.

천미골 기형종은 태아에게서 발견되는 선천성 질환으로, 높은 사망률과 연관 있는 태아수종 동반 여부에 따라 치료방향이 결정된다. 즉, 태아수종이 임신 28주 이전에 확인되면 태아에 대한 중재를, 태아수종을 동반하지 않았거나 태아수종이 임신 28주 이후에 발견되면 제왕절개 후 신생아에 대한 집중치료를 시행토록 권고되고 있다.

본 시술의 평가를 위해 선택된 연구는 증례보고 4편이었으며, 안전성은 임부, 태아, 신생아에 대한 시술 관련 사망률 및 합병증 발생률과 조기분만으로 구분하여 확인하였다.

(i) 시술관련 사망률은 임부에게서는 보고되지 않았으며, 태아는 자궁 내 사망 18.2%(2/11명), 임신중단 9.1%(1/11명)로 보고되었다.

(ii) 시술관련 합병증은 임부의 경우 거울증후군 및 자궁과수축, 태아는 서맥 및 심장수축부전, 빈혈, 출혈, 궤양, 신생아는 연부조직 결손, 종양 주위조직 괴사, 경미한 발달지연 등이 보고되었다.

이에 소위원회에서는 시술 관련 사망률이 18.2%(2명)이나 대상자가 태아수종으로 진행되는 고위험군으로 자궁외 생존이 어려운 임신 22주 이내임을 고려할 때 수용 가능한 수준이며, 신생아에게 발생한 연부 조직 결손 등은 시술자의 술기 미숙으로 인한 것

으로 시술 자체의 부작용으로 보기 어렵다는 의견이었다. 분과위원회와 신의료기술평가위원회에서도 소위원회의 평가에 동의하였다.

본 시술의 유효성은 신생아의 생존율, 분만시기, 종양크기 및 혈류공급 감소로 평가하였다.

(i) 신생아 생존율은 전체 11명 가운데 8명이 정상적으로 태어났으나 1명이 과다출혈로 사망함에 따라 총 63.6%(7명)의 생존율을 보고하였다. 이들 신생아는 1~43개월 동안 추적 관찰한 결과 정상적으로 성장한 것으로 보고되었다.

(ii) 분만시기는 27.4~35.6주였으며, 시술 후 8일~12주 후에 출산한 것으로 보고되었다.

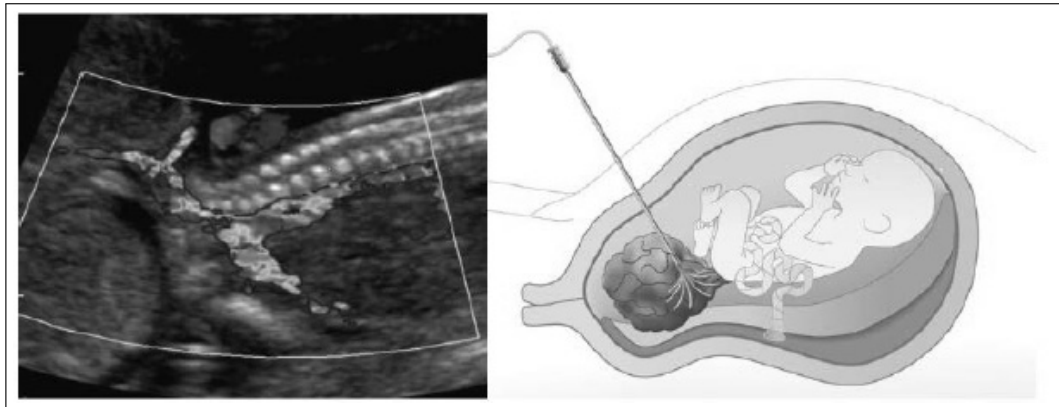
(iii) 종양 크기 및 혈류 공급은 11명 중 6명(54.5%)에게서 시술 후 감소하였으며, 5명(45.5%)에게서는 종양 크기가 계속해서 증가한 것으로 보고되었다.

이와 관련 소위원회에서는 태아수종으로 진단되었거나 진행될 것으로 예상되는 태아의 경우, 태아에 대한 중재를 받지 않은 신생아 사망률이 100%에 이르는 선행연구 결과를 고려할 때 신생아 생존율을 향상시키는 것으로 평가하였다.

이에 신의료기술평가위원회는 위원회 내 분과위원회 검토결과와 소위원회의 검토결과를 종합하여 천미골 기형종 태아에서의 고주파 용해술은 태아수종으로 진단되었거나 양수과다증과 심장비대 등 태아수종으로 진행될 것으로 예상되어 자궁

내 사망이 우려되는 임신 28주 이내의 천미골 기형종 태아의 생존율을 향상시키는 데 있어 안전성 및 유효성에 대한 근거가 있는 의료기술로 평가하

였고(권고등급 D), 본 결과는 보건복지부 고시 제 2015-24호(2015년 1월 29일)로 공표되었다.



■ 그림 1. 시술방법(Miegham et al 2014) ■

Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) 양전자방출단층촬영, Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) 양전자방출전산화단층촬영

신경내분비 종양 환자의 원발 및 전이병소 진단, 재발평가, 치료방침 결정을 위해 사용되는 “Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) 양전자방출단층촬영, Ga-68 에도트레오타이드(도타톡) 양전자방출전산화단층촬영”이 신의료기술로 인정되었다.

현재 신경내분비 종양의 진단에는 ¹²³I metaiodobenzylguanidine(MIBG), ¹¹¹In-octreotide, Tc-99m sestamibi, ¹³¹I-6β-iodomethyl-norcholesterol (NP-59) 등의 기능 특이적 방사성추적자를 이용한 감마카메라 혹은 단일광자단층촬영 영상검사가 널리 이용되고 있지만, 최근에는 인체 안에서 일어나는 생화학적 변화를 보다 정확하게 묘출할 수 있는 첨단 양전자방출단층촬영 기술이 발전하여 각종 암 뿐 아니라 신경내분비 종양에도 그 적용이 점차 늘어나고 있다.

동 검사의 안전성은 에도트레오타이드 방사성 의약품을 정맥투여하여 영상을 얻음으로써 소마토스타틴 수용체 발현을 확인하는 방법으로 방사선 유효선량이 인체에 위해를 야기할 만한 수준이 아니므로, 방사선에 대한 안전관리 수칙들을 준수하여 시행된다면 검사 수행에 따른 안전성에는 문제가 없는 것으로 평가하였다.

동 검사의 유효성은 총 19편의 문헌에 근거하여 연구대상, 검사목적(진단, 재발평가, 치료방침 결정), 연구유형별로 구분하여 평가하였으며, 추가 발견율, 진단정확성, 비교검사와의 상관성, 비교검사와의 일치율, 옥트레오타이드 치료 적합도 평가, 치료방침 변화를 주요 지표로 하여 체계적 문헌고찰 방법을 사용하였다. 평가 결과, 동 검사는 기존검사인 ¹⁸F-FDG 양전자방출단층촬영/양전자방출전산화단층촬영, F-18 에프도파 양전자방출단층촬영/양전자방출전산화단층촬영, CT, MRI, ¹¹¹In-octreotide 신티그라피, ¹¹¹In-DTPAOC SPECT, ¹²³I-MIBG 스캔과 비교시 추가 발견율, 진단정확성 및 일치율이 높게 보고되었다.

신의료기술평가위원회는 체계적 문헌고찰 결과 및 위원회 내 분과위원회 검토결과와 소위원회의 검토결과를 종합, 분석하여 동 검사는 신경내분비 종양 환자를 대상으로 시행시 신경내분비 종양의 원발 및 전이병소 진단, 재발평가 및 치료방침 결정에 있어 도움을 주는 추가검사로서 안전성 및 유효성이 있는 것으로 평가하였고(권고등급 B), 본 결과는 보건복지부 고시 제2014-215호(2014년 12월 8일)로 공표되었다.

톡톡 썩썩



톡톡 썩썩은 오늘날 정계와 의료계에서 나오고 있는 의료현실에 대한 톡톡 튀는 말들을 썩썩 적어 정계 및 의료현장의 목소리를 전하는 코너다. 국회 보건복지위원회 소속 의원들이 발언한 내용의 일부와 의료현장의 목소리를 담은 대한의사협회 홈페이지 (www.kma.org) 플라자에 올라온 의심(醫心)의 일부를 여과 없이 전제하여 오늘의 의료 현실을 전하고자 한다.

국 회



김춘진 위원장

정부가 국민건강보험법 제108조에 의거 법적으로 지급해야 하는 국민건강보험 부족재원이 금년부터는 반드시 지급되어야만 합니다. 지난 2011년부터 2013년까지 정부 지원금의 부족액은 무려 5조 5000억 원에 이릅니다.

[국민건강보험 재정 정부 미지급 문제에 대하여 2015년 2월 9일 제 331회 제1차 보건복지위원회]



문형표 보건복지부장관

거기에 대해서는 이미 대법원이나 헌재에서 판례가 있기 때문에도, 거기에 맞춰서 저희가 유권 해석상 가능한 부분들을 검토하고 있습니다.

[한의학의 현대 의료기기 사용 허용에 대하여 2015년 2월 9일 제331회 제1차 보건복지위원회]

의협 플라자

이제 이 밤이 지나면 제39대 대한의사협회 회장 당선자가 결정될 것입니다. (중략) 오늘은 한 가지만 부탁드립니다. 바꿀 수 있는 것을 바꾸는 용기와 바꿀 수 없는 것을 수용할 수 있는 겸허함과 바꿀 수 있는 것과 바꿀 수 없는 것을 구분할 수 있는 지혜를 가지시기를!

(nptiger 2015-03-20)

2000년 이후 의협 회장 선거가 치열해지다보니 회장이 바뀌면 전체 임원이 개편되고 심지어 직원 업무도 변경되어 새 회장에 따라 새로운 임원들이 그전 집행부가 주장해왔던 정책과 다른 목소리가 나올 수 있습니다. (중략) 미국의사회나 일본의사회에서는 회장의 임기에 관계없이 중요정책 담당 임원은 장기간 협회에서 신분을 보장하고 다양한 연구를 하는 것을 확인하였습니다. (중략) 의협회장 당선이 의협회무의 단절이 아니고 의협 회무를 계승하고 발전시키는 회장님이 되시길 기대합니다.

(pck6161 2015-03-16)

일단 지금 시급히 중지를 모아야 하고 전략을 집중해야 할 사안이 바로 보험민영화에 대한 의사협회의 입장입니다. 그 동안 우리는 건강보험 강제지정제를 철폐해달라고 수차례 헌법소원을 청구했었습니다. 하지만 계속 실패하고 말았습니다. (중략)

강제지정제를 철폐하든지, 민간보험을 활성화하든지 우리 의사들이 바라는 이상적이고 독자적인 보험모델을 만들 필요가 있습니다. 그 보험모델은 의사들의 적절한 수입과 전문가의 권위를 침범 받지 않을 수 있으면서 기술적, 학문적 발전을 도모할 수 있는 모델이 되어야 할 것입니다.

(jusingu 2015-03-11)

미술, 음악 등 예술이나 풍습, 전통, 인문학에서는 동과 서가 있지만(예: 동양화 서양화, 동양철학, 서양철학 등) 자연과학에서는 동과 서가 없습니다. (예: 동양물리학, 서양물리학, 서양천문학, 동양천문학 등)

국민의료법 제정(6.25 동란당시 부산 임시 수도) 당시에는 의사들은 전후방으로 차출되어 자신의 생명을 담보로 환자들을 치료하느라 정신을 팔고 있을 당시 한 의사들이 일방적으로 자신들의 구미에 맞게 제정한 것이 국민의료법입니다.

(DrZibago 2015-03-07)

응급환자 생기면 옆집의사가 연락받는다. 위헌적 발상이 아닌지 몰라요? 우선 떠오르는 것이 개인정보보호법 위반.. 의사는 헌법상 행복추구권(월 권리)도 없나.

(laserpsh 2015-03-18)

저도 이렇게 당하고서야 알았는데... 의료폐기물(약솜/주사침/수액세트) 등을 발생 즉시 규정된 용기에 넣지 않으면 과태료 부과대상이라네요... (중략) 용기에 병의원 이름/배출날짜 안 적어도 걸리고 이비인후과에서 uction후 코 분비물 등을 규정된 용기에 넣어서 4도씨 이하 냉장 보관해야 되고 약솜을 병원 바깥계단에서 환자들이 흘리고 간 거 적발돼도 과태료 50만냥이고...

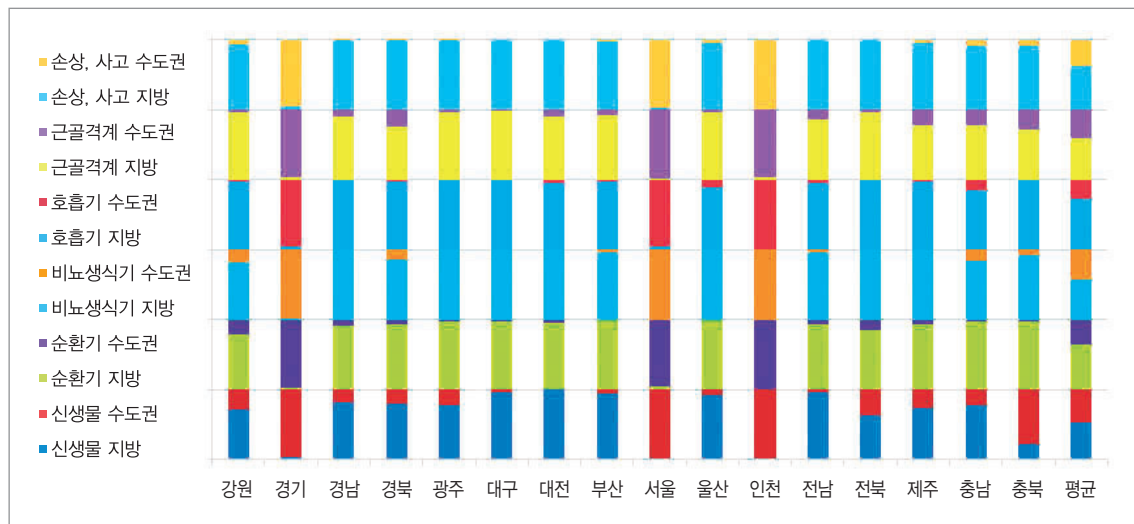
(don1941 2015-03-18)



한국의료패널 자료를 통해 살펴본 입원의료이용의 수도권 및 상급종합병원 집중 현상

신 호 성 원광대 치대 교수
shinhosung@gmail.com

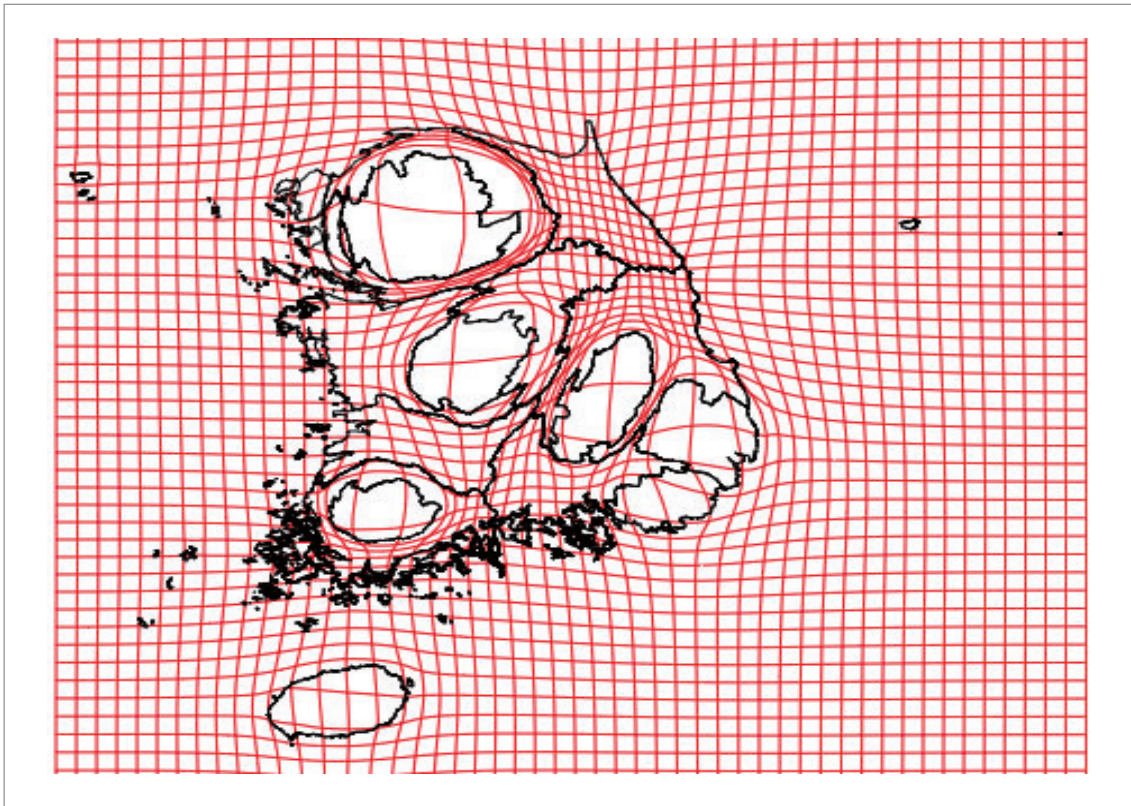
1. 질환군별 수도권 의료기관 이용양상



▶ 수도권(서울, 인천) 소재 의료기관을 이용한 환자들의 시도별 분포를 나타냄.

- 신생물의 경우 48%의 의료이용이 수도권 소재 의료기관에서 이뤄짐. 전북, 제주, 충남, 강원 거주 환자들의 수도권 소재 의료기관 이용률이 높으며, KTX가 운행되는 대구 및 부산보다 광주지역 환자들의 수도권 소재 의료기관 이용률이 높음.
- 근골격근계 질환은 상급종합병원 의존도가 낮은 질환군이지만 수도권 의존율은 호흡기계 질환군에 비해 높게 나타남. 특히 경북, 충북, 충남, 제주의 수도권 의존율이 높음.
- 손상, 사고 및 외인 질환군은 수도권 의존율이 가장 낮은 질환군으로 나타남. 모든 광역시도의 수도권 소재 의료기관 의존율이 10%를 넘지 않으며, 그나마 가장 의존도가 높은 지역은 충북(8.1%) 충남(7.8%)으로 조사됨.

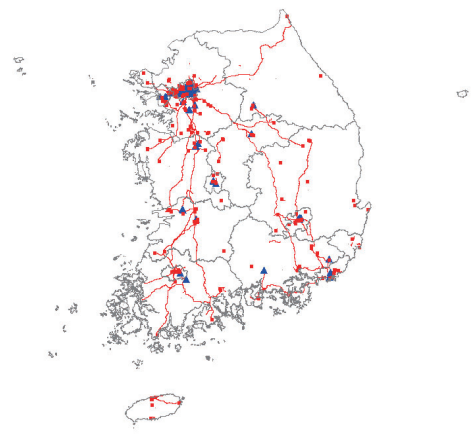
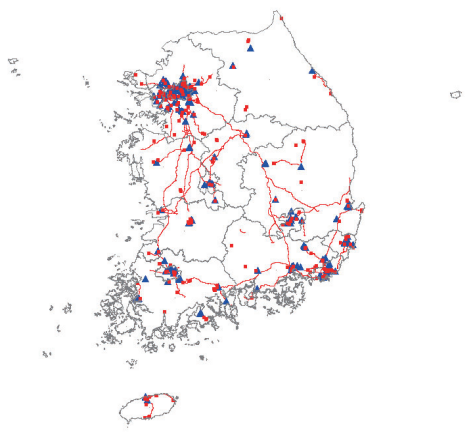
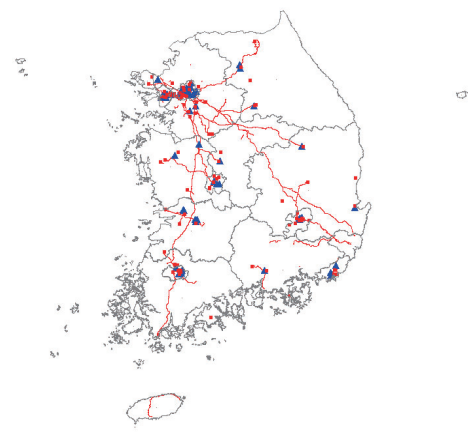
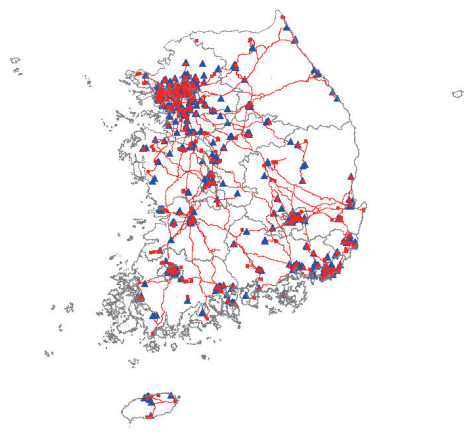
2. 입원의료이용의 수도권 및 상급종합병원 집중(cartogram)



주 : 병원 소재지까지의 이동거리

- ▶ 입원을 위한 병원까지의 이동거리를 나타냄. 서울소재 병원을 이용하는 환자의 경우 2009년 46km 이상 이동하는 것으로 조사됨.
- 서울을 제외한 나머지 지역에서 평균 20km 이상을 이동해 찾아오는 병원 소재지는 상급종합전문병원이 있는 광역시로 조사됨.
- 의료기관 종별을 기준으로 환자 이동거리를 조사하면 종합전문병원이 가장 먼 48.8km를 이동하는 것으로 나타남.

3. 신생물 및 손상/중독/외인의 입원서비스 이용양상

	상급종합병원(한방병원포함)	종합병원, 병원 등
신생물		
손상, 중독 및 외인		

▶ 신생물의 경우 상급종합병원과 수도권으로의 집중이 가장 분명히 드러나는 질환군임.

- 2009~2011 3년간 입원환자수의 58.6%, 입원의료이용량의 66.7%가 수도권 상급종합병원에서 이뤄짐.
- 환자 주소지에서 10km 이상 떨어진 거리를 기준으로 할 경우 이동거리가 10km 이상이고 상급종합병원인 의료기관의 신생물 입원환자수와 입원이용량은 각각 55.7%와 55.2%로 조사됨.

▶ 손상, 중독 및 외인 계통 질환군은 상급종합병원의 의존도가 낮은 질환군으로 조사됨.

- 입원환자수 및 입원 이용량의 6% 이하만이 상급종합병원을 이용함.
- 수도권 상급종합병원에서의 입원환자수와 입원의료이용량도 6~7%로 전국 평균 상급종합병원 환자수 및 입원이용량에 비해 크게 다르지 않음.



지상중계

제43차 의료정책포럼 공공보건의료인력의 현황과 문제점, 역량강화 방안 모색

일시 : 2015년 3월 13일(금) 19:00

장소 : 대한의사협회 3층 회의실

주관 : 대한의사협회 의료정책연구소

좌 장	최재욱 (대한의사협회 의료정책연구소장)
주제발표 1	Public Health Physician 활용방안 김동현 (한림대 의과대학 교수)
주제발표 2	공중보건 의사 제도 개선 및 역할재정립 방안 이종구 (서울대 의과대학 교수)
주제발표 3	공공보건 의료기관 근무의사의 역량강화 방안 서경화 (의료정책연구소 연구원)
지정토론	김영인 (전 대한공중보건 의사협회 회장) 김동석 (대한개원의협의회 부회장) 조종희 (서울 강동구 보건소장) 이성우 (대한의사협회 정책이사)
종합토의	

Public Health Physician 활용방안

| 김 동 현 한림대 의대 교수

1. 보건의료영역에서 Public Health와 Public Health Physician의 역할

Dr. Maeshiro 외 연구에 따르면 의료비 상승, 의료이용격차 상승, 치료시설 집중화의 해결을 위해 population health perspective를 갖고 있는 의료인의 양성이 필요하다. population health perspective는 환자를 질병의 증상을 갖고 있는 한 개인으로 보는 것이 아니라 건강을 결정하는 다양한 요인에 놓여있는 맥락으로 바라보는 의료행위가 되어야 한다. 또한 건강문제를 현상부분에 집착하는 것이 아니라 시스템을 이해하는 의료인이 되어야 한다. 치료에 국한되지 않고 환자와 국민을 위해 지역사회자원과 같이 일해 나갈 수 있는 의료인이어야 한다. 결론적으로 Public Health와 Clinical Medicine은 분절돼선 안 되고 의료체계에서 같이 역할을 해야 되는 요소다.

2015 예방의학회지(류근혁)에 따르면 우리나라 보건의료영역에 있어서 정부당국의 현 상황에 따른 문제점은 사후치료 중심의 보건의료시스템이며, 사전

예방적인 건강관리서비스의 인프라가 미흡하고, 보건소의 총괄 기능이 미비하고, 민간 자원과 연계가 되고 있지 않은 것이다. 이같은 문제점의 분석 하에 중장기 발전방향을 제시했는데, 내용으로는 건강증진과 사전예방을 국가보건정책의 주요 의제로 이슈화하고, 건강위험요인 관리를 핵심으로 하여, 정부·민간 협업체계를 구축하는 것을 언급했다. 또한 적극적인 건강친화적 환경조성을 위해 노력하고 단순히 행태개선을 넘어서서 직장, 지역을 아우르는 역할을 하며, 지역사회 건강증진사업 활성화하기 위해 보건소 역량 및 지역 연계를 강화하는 것을 제시했다. 이러한 발전방향을 해결하기 위해서는 제도적 개혁과 인력 육성이 필요하다.

역량을 갖춘 Public Health Physician의 니드가 크다. 이를 충족하기 위해 보건의료문제에 대한 인식과 해결을 현장을 중심으로 풀어나가자면 지역현장에서 인구집단 대상 공중보건학적 프로그램을 구상, 실천하고, 이의 효과를 지속적으로 평가해나가는 인적기반이 요구된다. 또한 지역사회 건강을 통합적으로 관리할 수 있는 우수한 공중보건 전문의료

인력의 체계적 양성이 필요하다.

그렇다면 Public Health Physician은 무엇인가? 미국의 Gebbie and Hwang(1998) 연구에 따르면 공중보건의료인은 개개인에 대한 치료행위보다는 그 수련과 임상활동, 그리고 세계관이 크게 보면 인구 집단에 초점을 두는 의료인이다. 이를 통해 임상적 중재 뿐 아니라 지도력, 관리, 그리고 교육적인 기술을 통해 공중보건서비스를 집단에 제공하는 역할을 수행하는 것이라 한다. 영국은 Individual을 대상으로 하는 것이 아니라 Population Health Need에 대응하는 의료인이다. 또한 Public Health Medicine을 의료계의 하나의 specialty로 규정하고 있다. specialty에서 다루는 내용은 감염병 및 환경적 문제, 1차의료분야, 의료를 근거로 임상적 체제(clinical governance), 공공보건의 학문적 수행, 공공보건의 책임자로 규정하고 있다.

2. 우리나라 Public Health Physician의 현황

우리나라의 공중보건의(Public Health Physician)는 두 그룹으로 나눌 수 있다. Temporary Public Health Physician(공중보건 의사), Permanent (Specialized) Public Health Physician(공공보건 의료인)으로 구분된다. 공중보건의사의 문제점은 지역의 필요(need)를 반영한 객관적인 배치가 미흡하고 공공보건 의사 기능 및 역할 정립이 부재하였다. 또한 배치된 공중보건의사 인력 활용의 효율성이 저하되었다(나백주, 농촌의학회 구연, 2009). 공공보건 의사 실태조사(박윤희, 2011)에서는 지역사회 공중보건 의사 배치의 적정성에 대한 부정적 인식이 강함 것으로 나타났으며, 수행중인 업무는 보건사업보

다 진료업무의 비중이 높아 업무수행시 보건사업 수행 경험보다 전문과목 지식을 필수요소로 꼽았다. 또한 1차의료서비스 제공에 따른 주위 의료기관과의 마찰을 경험하였다. 그 외 후생복지에 대한 만족도가 낮고, 직무교육의 활용도 및 유용성에 대해 인식이 부정적이었다. 따라서 제도 변화의 필요성이 높았다.

Permanent(Specialized) Public Health Physician(공공보건의료인)은 정부 부서, 의료원, 보건(지)소 등 다수에 근무하고 있다. 2012년 기준 건강보험심사평가원 요양기관 종별 예방의학전문의 인원 현황에 의하면 보건소 10명, 보건지소 3명이 활동하고 있는 것으로 나타났다. Permanent(Specialized) Public Health Physician(공공보건의료인)의 문제점은, 다양한 경로로 진입이 가능하여 Qualification에서 큰 차이를 발생하고 Professional Career로서 전망이 불투명하다는 점이다. 따라서 지속적이고 안정적인 인력 공급이 되지 않고, 체계적인 전문인력 양성과정과 양성계획이 없으며, 공중보건·지역보건 업무수행에서 의료인력의 차별화된 역량과 역할이 모호하다.

3. Public Health Physician의 핵심역량

미국에서는 8가지로 정의한다. 분석·평가, 정책 개발·프로그램 기획, 의사소통, 문화적 역량(cultural competency), 지역사회 수행, 공공보건학의 이해, 재정 기획 및 관리, 리더십과 시스템 사고의 능력을 일컫는다. 또한 이러한 것은 다시 세부적으로 나누어 어떤 교육이 필요한지를 제시한다.

캐나다의 경우는 36개의 핵심역량이 필요하며 이는 다시 7개의 카테고리로 구성되어, 공공보건학의

이해, 평가 및 분석, 정책 및 프로그램 기획·실행·평가, 파트너십·협력·지지(advocacy), 포괄성, 의사소통, 리더십이 포함된다.

대한예방의학회에서는 다음과 같이 정의하였다.

①건강과 건강결정요인에 대해 이해하고, 인구집단 건강의 개념을 설명할 수 있다. ②개인과 인구집단의 건강수준을 사정 및 분석하고, 그 결과를 해석할 수 있다. ③인구집단에서 공중보건학적 문제를 파악하고, 문제해결을 위한 접근전략을 기획하고 실행, 평가할 수 있다. ④지역사회보건사업 수행에 있어 지도력을 발휘하고, 관련 집단과의 소통을 원활히 함으로써 보건사업 책임자의 역할을 수행할 수 있다. ⑤건강결정요인에 대한 이해를 바탕으로 개인과 인구집단의 건강증진을 위한 사업과 기술을 적용할 수 있다. ⑥인구집단에서 발생하는 위해의 정도를 파악 및 예측하고 적절한 대응방안을 마련하여, 이를 실행할 수 있다. ⑦보건의료조직이 수행하거나 제공하는 프로그램의 서비스 효과를 평가할 수 있다. ⑧다양한 수준의 공공보건-의료 정보를 검색, 가공한 후 이를 해석하고 활용할 수 있다.

이에 Public Health Physician의 역량강화를 위한 교육이 필요하다. 의료원 및 보건(지)소에 근무하

는 공공보건의료인력의 역할 및 기능을 정립하고 역량강화 교육을 해야 한다. 이를 위해 보건소장 및 의학과장의 자격(Qualification·certification)에 관한 논의가 필요하고, 역량강화 교육프로그램 운영을 위한 교육교재 및 사례집을 개발해야 한다. 또한 다른 진료과목의 mid-career physicians를 위한 교육기회를 제공할 필요가 있다. 마지막으로 의과대학 선발과정과 교육과정 신설을 통한 체계적 육성을 지원하는 방안이 있다.

4. 풀어야 할 과제

우리나라 보건체계 및 공중보건인력에서 자격을 갖춘 Public Health Physician의 역할에 대해 검토하고, 현황과 주요업무를 파악해야 한다. 정부기관과 지역현장에서 필요로 하는 Public Health Physician의 수요를 추계하여 양성방안을 마련해야 하며, 핵심 역량을 설정하고 이를 위한 교육과정을 개발할 필요가 있다. 처우 개선과 경력 개발에 관한 지원이 시급하고, 학계 전문가들의 교류를 통해 연구와 실천을 동시에 수행할 수 있는 인프라가 필요하다.

주제발표 2

의료취약지역 의사인력 확보 방안

- 공중보건 의사 대체 인재 확보 방안 -

| 이 중 구 서울대 의대 건강사회정책실 교수

1. 개선의 필요성

의료취약지역의 의사인력 수급난은 의사인력 분포의 지리적 불균형으로 전 세계적으로 발생하고 있으며 우리나라 의료취약지역 역시, 의사인력의 절대적 수와 필수 전문과목 전문의 확보 문제를 겪고 있다. 기존 의료취약지 의사인력 확보에 대한 정부의 정책적 한계가 영향을 미친다. 공중보건장학제도는 1975년 장학의 선발을 시작으로 1996년에 중단하게 되었고, 공중보건의제도는 1987년부터 배치된 공중보건의 수급 감소가 전망되었고, 현장에서 요구되는 의사의 전문성과 실제 배치되는 공중보건의의 특성 사이에 불일치 등 많은 문제점을 야기하고 있다.

그러므로 취약지역의 안정적인 의사인력 확보방안을 다시금 모색해야 할 필요가 있다. 의료취약지 주민의 의료 필요에 대한 맞춤형 인재를 공급할 수 있는 안을 개발하고 추진해야 한다.

2. 의료취약지 의사인력 수요 추정

국내 의료수요 및 의사인력을 OECD 국가와 비교하면, 우리나라는 인구 1인당 의사 수가 OECD 평균의 60% 수준이며, 의사 1인당 업무량 과다와 만성질환으로 인한 의료수요 증가가 예측돼 의사가 더 필요하다는 논리가 있다. 또 다른 논리로는 단위면적당 의사 밀도가 높고, 의사 수의 증가가 빠르다는 주장이 있다. 그러나 현재 우리나라의 의사 부족현상은 의사인력의 불균등 분포에 의한 것이라 판단되어 교육적 정책으로 해결하는 것이 근본적으로 필요하다고 생각한다.

실제 의과대학과 의학전문대학원 정원에 비해 인턴, 전공의 선발 정원은 Big5 병원이 있는 서울·인천·경기권에 60~63%가 편중돼 있고, 37~40%가 지방대학에 있다. 다시 말해서 Big5의 인재들이 지방으로 배출된다는 것은 미지수다. 지역별 활동 의사인력은 서울·인천·경기권에 가장 많으며 권역별로 규모의 차이가 있다. 인구 1천명당 병원에 종사하는 의사의 경우 서울 1.53명, 인천 0.71명, 경기

0.73명이고, 의원에 종사하는 의사는 서울 0.94명, 인천 0.58명, 경기도 0.6명 순으로 밀집도가 높았다.

의료취약지역 및 공공의료분야 의사인력 미충족 수요 분석(2013년 연구)을 통해 1차의료와 의료취약지를 초점으로 하였을 때 최소 1,103명에서 최대 2,206명이 부족한 것으로 나타났다.

3. 의견조사

지역인재양성 설문조사(대상: 전국 의과대학장, 부학장, 대학병원 교육연구부장), 지역의료개선 설문조사(전국 보건소장 및 보건의료원장 254명, 지자체 보건의료과장 17명), 공공보건의료분야 의사관리자 인식조사(기존조사/34개 지방의료원, 254개 보건소의 의사 및 관리자), 의과 치과 대학생 인식도 조사(기존조사/전국 의과·치과 대학생 총 1,967명) 통해 의견을 도출했다.

의사인력 양성·관리 관계자들의 해당 시·도내 의사확보 어려움에 대한 인식도를 분석했다. “선생님께서 근무하시는 의과대학·의학전문대학원에 속한 시·도 내 의사 인력이 부족한 지역이 있다고 느끼십니까?” 질문에 대한 응답에는 전체집단과 서울·경기를 제외한 집단에서 차이가 있었다. “전혀 없다”의 경우 전체집단에서는 60% 미만이었으나, 서울·경기를 제외한 집단에서는 약 80%로 나타났다. 또한 “선생님께서 근무하시는 의과대학·의학전문대학원이 속한 시·도내 ‘어느 지역’의 의사인력이 부족하다고 생각하십니까?” 질문의 응답은 도 시내 취약지역이 높았다.

별도의 공공의료 의사인력 양성체계에 대한 의견을 위한 지역인재양성 설문조사에 따르면, 지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률 및 시행령에 따

른 지역 인재전형은 ‘지역의과대학 우수학생 선발’의 효과가 도움이 높은 것으로 응답하였고 국립과 사립간의 차이는 크지 않았다. 또한 의료취약지에 근무하게 될 학생들에게 효과적인 교육을 제공하기 위해 해당 의과대학에 시설 및 자금을 지원하는 제도를 시행한다면, 근무하는 의과대학은 지역균형인재 전형 중 일부를 의료취약지에서 의무적으로 근무하는 조건으로 선발하는 제도의 참여여부에 전체(n=45) 중에서는 반드시 참여가 10명(서울, 경기 제외 7명)으로 제도에 대해 긍정적인 것으로 나타났다.

의료취약지 의사 양성제도에 학생들의 수요 예측조사(2010년 타 기관 연구)에 따르면, 학업수행 시 필요한 비용은 연 평균 2,038만원으로 학기당 등록금은 평균 556.2만원이며, 학업수행을 위한 매월 생활비는 평균 77.2만원이었다. 학업수행을 위한 등록금 및 생활비의 부담은 78.6%(매우 부담, 부담)으로 높았고, 공중보건장학금 신청에 대해서 51.0%가 적극적으로 신청할 의향을 보였다.

4. 국·내외 사례

1) 국내 사례

우리나라 공중보건장학제도는 1976년 공중보건장학을 위한 특례법을 제정하여, 졸업 후 의료취약지역 등에서 일정기간 근무하는 조건으로 의과대학 학생에게 장학금을 지원했다. 1977년부터 1996년까지 의사 768명, 치과의사 50명, 간호사 643명으로 총 1,461명을 장학생으로 선발했다. 이후 공중보건의사가 지역의료에 배치되고, 지원자가 감소하여 1996년부터 장학생 선발이 중단됐다.

초장기에는 공공의료기관의 인력으로 기능을 했

지만 지원받은 장학금의 조기상환과, 의무복무 면제로 인한 제도적 허점이 있었다. 또한 의료취약지 및 공공의료에 대한 교육과 의무복무 후 지속 근무 연계 방안이 부재해 존속하지 못했다.

2) 일본 사례

자치医科大学는 도도부현 지사연합에서 전국적 차원의 농어촌지역 의사 양성을 목적으로 정부에 새로운 의과대학 설립을 청원했다. 그리하여 사립대학으로 1972년 47개 도도부현이 출자하여 설립했다. 도도부현 당 2~3명의 고등학교 졸업(예정)자를 대상으로 연 123명을 대상으로 지역사회 의료 특성화 교육을 시행하고 학자금을 지원한다. 이들은 졸업 후 9년간 의무복무를 한다. 복무 후에는 학자금 지원액은 국가에서 환급한다. 이러한 제도를 통해서 약 3,000명이 배출되었고, 배출 인원 중 현재 50%는 농어촌지역에 있는 것으로 나타났다.

지역의사 부족으로 2000년대 중반에 지역사회·공공의료 특례 입학이라는 지역 특 선발제도를 도입했다. 이로 인해 입학정원을 2013년도 입학정원에 18.2%인 1,422명 증원했다. 이는 전국 약 80개의 의과대학에 50~100명의 정원을 배정하여 자치医科大学에서 시행한 제도와 유사하게 학자금을 지원하고 졸업 후 9년 의무복무를 하는 것으로 시행하고 있다. 그러나 아직 평가가 시행되지 않아 결과를 알 수 없지만 눈여겨 볼 필요성은 있다.

3) 미국 사례

의료인력 취약지역에서 2년 이상 의무 복무하는 조건으로 의과대학 학비와 생활비를 지원하는 장학

제도인 국가 보건의료인력 양성프로그램(NHSC)이 있다. 또한 농촌의사 양성 지원법에 의해 농촌지역 출신 선발과 농촌지역 임상실습을 포함한 교육과정을 프로그램에 포함시키는 조건으로 교육과정을 운영하는 의과대학에 프로그램 운영자금을 지원한다. 이러한 프로그램으로는 University of Washington의 WWAMI 프로그램이 있다. 이 프로그램은 워싱턴, 와이오밍, 알래스카, 몬타나, 아이다호의 주립대학이 의과대학생에서 지역사회에 배출하는 것까지 일련의 과정을 연합하여 진행하고 있다.

4) 호주 사례

RCTS(Rural Clinical Training and support) 제도가 있다. The Rural Health Multidisciplinary Training Programme에 18개 중 16개 의과대학이 참여하고 있으며, 이는 의과대학에게 농촌 지역에 임상교육을 운영할 수 있게 지원한다. 해당 의과대학의 모든 학생은 ASGC-RA 2~5(대도시 이외 지역)지역에서 최소 4주간 교육을 받고 학생 중 25%는 그 지역에서 졸업까지 최소 1년간 임상교육을 받아야 한다. 또한 참여 의과대학은 정부학자금 보조 정원의 25% 이상을 농촌지역 출신 학생으로 선발해야 한다. 과거에 일부 대학은 25% 조건을 충족시키지 못했으나, 2012학년도 자료에 따르면 거의 모든 대학은 기준을 충족하였고 29.4%에 달하고 있다.

결론은 의사인력의 근무지 선택에는 개인·지역·근무·국가제도 등 다양한 요인이 관련되어 있다. 의료취약지 의사인력 확보를 위해 WHO에서 권고하는 정책으로는 의료취약지 출신 학생 선발과 의료취약지 보건의료문제에 대한 교육커리큘럼이 있다. 그 외에는 학자금 지원과 의무배치 결합 등의 규

제 정책, 재정적 인센티브, 경력개발 및 정주환경 지원, 서비스 전달체계 개편이 있다.

하지만 가장 중요한 것은 학생들의 교육이다. 의과대학 교육부터 수련과정, 활동의사 단계에 이르기까지 정책 집행의 파이프라인이 필요하다. 또한 정책에는 학자금 지원기간 동안 의무배치를 결합하는 것이 효과 있을 것으로 생각한다.

5. 인재 양성 특과 운영 방안

각국의 사례를 토대로 ①의사인력 양성·활용의 기본 틀을 형성, ②선호도 증대 및 지속근무를 촉진, ③계약 미이행시 불이익 방안, ④운영관리체계 개선으로 의과대학 학생들로 하여금 농어촌이나 공공의료에 접근을 유도해야 한다.

제도 설계의 목표는 의료취약지역에 적합한 역량을 갖춘 의사인력을 매년 안정적인 수로 공급하는 것이다. 또한 의과대학 교육기간부터 수련 및 의무복무기간 동안 의료취약지 근무에 대한 인식 및 만족도를 증가시킴으로써 의료취약지 근무에 대한 선호를 증대시키고 지속근무를 촉진한다. 다각적인 지원과 계약 미이행시 불이익 규약을 통해 계약 이행을 높인다. 마지막으로 계약 미이행시 불이익은 명확한 법과 제도를 바탕으로 하여 실효성을 높인다.

제도설계의 전제조건은 2015년 시행 중인 ‘지역인재전형’ 세부전형으로 학생을 선발하고 공중보건장학을 위한 특례법을 활용한다. 취약지 출신 학생 선발과 의료취약지 보건의료문제에 대한 커리큘럼 등 다른 정책과 병행한다.

■ 그림 1. 의사인력 양성·활용 기본 틀 ■

1. 의사인력 양성·활용 기본 틀

목표	1. 의료 취약지역에 적합한 역량의 의사인력을 매년 안정적으로 수료 공급 2. 의료취약지역 의사인력 경력개발과 근무환경 등 지원을 통해 지속근로 촉진
1. 인재상	<ul style="list-style-type: none"> • 학업능력, 비인자적 능력 • 의료취약지역 및 공공의료에 대한 관심
2. 선발	<ul style="list-style-type: none"> • 지역인재전형 내 세부전형("공공의료인재전형"(가칭))으로 선발 - 농어촌 출신 가산점, 추천서, 자기소개서, 다면인면접 - 의무복무 및 의무복무 기간 이행 시 불이익에 대한 통보; 계약 체결
3. 대학교육	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회·공공의료 표준 교육안 운영 - 교육 목표(졸업 역량) 제시, 강의 및 현장 실습 • 학자금 지원: (등록금(대학학)) + 생활비(공통))
4. 의무복무	복무1기: 지역보건기관근무(3년) • (등록)보건(지)소, 보건지소, 지방청서지 • 요양, 계약직 병행 • 보건복지부에서 직접 배치
	<div style="text-align: center;">+</div> 복무2기-경력개발(3년) • 지방별 보건 의료기관 중에서도 자력충족으로 선택하여 근무
<div style="text-align: center;"> 의무복무 유예기간: 예) 전임의, 군복무, 출산 및 휴가 최대 3년까지 의무복무 기간 단축 • 수련기관에서, 수련 전공과목에서, 취약지역 근무에 따라 </div>	

의사인력 양성·활용 기본 틀에 따라 지역인재 전형 내 세부전형으로 선발한다. 지역사회·공공의료에 대한 표준화된 교육을 운영하되, 등록금과 생활비의 학자금을 지원한다. 그리하여 의무복무를 2회로 나누어 한다. 복무 1기는 지역보건의관에서 수련을 목적으로 3년 근무하고, 2기에는 수련을 통한 경력개발로 3년을 시행한다.

■ 그림 2. 선호도 증대 및 지속근무 촉진방안 ■

2. 선호도 중대 및 지속근무 촉진 방안

1. 의과대학 교육기간부터 수련 및 의무복무기간 동안 의료취직자 근무에 대한 인식 및 만족도를 증가시킴으로써 의료취직자 근무에 대한 선호 중대와 지속 근무 촉진
2. 교육, 멘토링, 인적 네트워크 지원, 경력개발, 근무환경 개선 방안을 각 단계에 적용할 방안 모색

목표

기본 방안

의과대학
교육

- '지역사회·공공의료 특론'
- 지역사회의료 및 공공의료 기관 현장 실습
- 학자극 지원

수련의

의무복무
· 전문의

광역권 내 지역보건의료기관
근무

촉진 방안

- 멘토링 프로그램
- 롤 모델 제시
- 학생 간 교류 프로그램
- 지역병원 인턴십·통사 프로그램
- 학습 지원 프로그램
- 우수학생 해외단기연수

• 지역사회의료 연수강좌(연수평점)

- 지역사회의료 연수강좌(연수평점)
- 지역사회 의사 멘토단
- 경력개발 지원
- 근무환경 개선

선호도 증대 및 지속근무 촉진을 위해 의과대학
교육기간부터 수련 및 의무복무기간동안 교육 및 멘
토링을 진행한다.

그림 3. 계약 미이행 시 불이익

3. 계약 미이행 시 불이익			
목표	1. 다각적인 지원과 계약 미이행 시 불이익 규약을 통해 계약 이행을 제고 2. 계약 미이행 시에 불이익은 명확한 법과 제도를 바탕으로 하여 실효성 제고		
의과대학	계약 미이행 상황	불이익(안)	
	불가피한 학업 중단	학자금 상환 면제	
	계약 이행 거부 · 장학금 수혜 거부	학자금 상환 + 이자	4년 내 의과대학 입학 금지
의무복무	계약 미이행 상황	불이익(안)	
	불가피한 학업 중단	학자금 상환 면제	
	계약 이행 거부	학자금 상환 + 이자	추가 벌금 부여 조건부 면허 취소 일정기간 보합진료 청구 금지

계약 미이행시는 학자금을 이자를 포함하여 상환
하도록 하되, 4년 내 의과대학 입학을 금지한다. 의
무복무를 하지 않는 경우에는 동일하게 상환하고 추
가 벌금 부여 또는 동 조건부 면허 취소, 일정기간
보합진료 청구를 금지한다.

입학정원 및 참여 의과대학을 의과대학 입학정원
의 10%와 의학전문대학원 입학정원의 5% 학생 수로

추정하였을 때, 모든 의과대학·의학전문대학원이
참여할 경우 2019년 184명이고, 국립을 대상으로 할
경우 66명이었다.

재정에는 학자금, 중앙수련지원센터 운영비용, 의
과대학 지역의료·공공의료 교육프로그램 운영 보조
금, 지역보건의료기관 근무자 급여, 경력개발 지원
비용이 마련되어야 한다. 재정은 경기권을 제외한 9
개 국립대가 참여할 경우 연간 122억원이 필요하고,
경기권을 제외한 28개 모든 의과대학(대학원)이 참
여할 경우 339억원이 필요하다. 다만 시행 첫해에는
약 40억원으로 추정된다.

6. 맺는 글

공공보건의사를 행정전문가로서의 교육이 아닌
의료취약지 주민의 의료 필요에 대한 맞춤형 인재
공급을 중점으로 한 의료취약지·공공분야 전문인력
양성방안이다. 그러기 위해서는 의과대학·의학전문
대학원의 지역의료 및 공공의료의 교육을 강화하고,
지역인재 입학을 활용하여 미래 의사를 양성할 수
있을 것이다. 또한 재정적 인센티브 및 경력개발·
정주환경을 지원하고 서비스 전달체계를 개편하여
활동하는 의사에게 지원해줄 수 있는 방안이 필요
하다.

공공보건의료기관 근무의사 역량강화 프로그램 운영(안)

| 서 경 화 의료정책연구소 연구원

1. 논의배경 및 목적

2004년에 비의사 보건소장 채용에 관한 문제제기가 있었고, 의협에서 지역보건법에 명시돼 있는 비의사 보건소장 임용 가능에 대한 조항을 삭제해 줄 것을 요청했다. 또한 2008년에 서울시 비의사 보건소장 임용에 관하여 서울시의사회에서 시정요청을 했다. 그 이외 여러 지역에서 비의사 보건소장 임용에 대한 문제가 발생했다. 이와 관련해 공공보건의료기관에서 근무하는 의사들이 직면하는 문제점과 더불어 향후 대응방안으로써, 2014년 12월 추무진 의협회장이 주최한 회의에 공공의학회와 지역보건의료 발전을 위한 모임이 함께 참석하여 이에 대한 대응방안으로 공공보건의료기관 근무의사를 위한 역량 강화 프로그램 운영을 제안하여 개발되었다.

2001년 대비 2013년 보건소는 11개소로 증가하였으나, 의사소장은 16명으로 감소하고 있으며, 의사 출신 보건소장의 임용비율은 점차 감소하고 있는 추세이다. 이러한 원인은 공공보건의료기관 근무 의사들에 대한 의사단체 및 조직의 지원이 부재, 보건사

업 행정력을 뒷받침하기 위한 충분한 교육 기회 부족, 보건소장 임용 기준에 대한 법·제도적 장치가 미흡함에 있다.

이에 협회차원의 지원이 미흡하고, 공공보건의료기관장 위상 확보의 노력이 필요하고, 근무의사 관리역량 강화 필요성을 인식하여 공공보건의료기관 관리자로서의 의사 역량강화 프로그램을 제시한다.

프로그램은 ①적합한 교육프로그램 개발, ②교육 프로그램 제공체계 구축, ③교육프로그램 활용방안 마련을 목표로 한다.

2. 교육현황

교육프로그램 운영안을 제시하기 이전에, 현재 진행되고 있는 (비)공식적 공공보건의료기관 근무의사 대상 교육프로그램을 조사했다. 한국보건복지인력개발원에서는 공무원과 민간을 대상으로 사회복지와 보건의료 분야에 대하여 집합교육 또는 사이버 교육을 제공하고 있다. 시·도 공무원 교육원은 공무원을 대상으로 복지와 보건 분야에 대하여 집합교육

또는 사이버교육을 하고 있다.

한국보건복지인력개발원의 2014년 교육실적과 2015년 교육계획을 비교해보면, 보건분야 공무원의 경우 2014년 67개 과정(횟수 101) 2,662명이었고 2015년 78개 과정(횟수 114) 2,830명으로 증가되었다. 그러나 교육내용에 있어서 공공보건의료기관에 근무하는 의사에게 필요성에 대해서는 비판적으로 검토해야 할 소지가 있다.

시·도 공무원교육원에서는 전체 1,127과정 중 보건복지지는 58과정으로 전체 5.1%를 차지하고 있다. 그러나 그 중 복지분야는 43과정(3.8%)에 비해 보건분야는 15과정(1.3%)이다. 또한 보건분야의 과정(바 이보산업, 뷰티산업)들이 역량을 강화하기에는 부족하다.

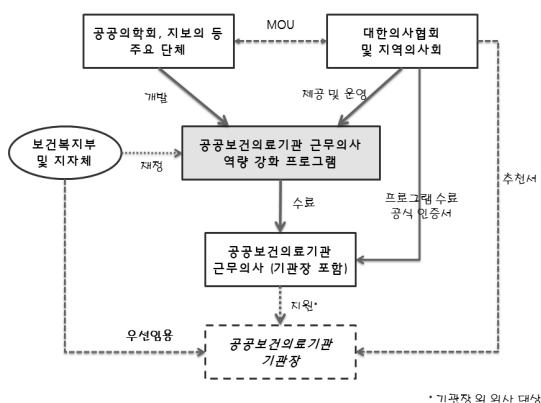
보건소장 및 과장을 제외하고 관리의사들을 위한 교육으로는 기타 유관학회 및 협회에서 제공하고 있다. 대한결핵협회에서 관리의사를 대상으로 ‘결핵관리교육’을 제공(평균 연 1회)하고, 대한공공의학회에서 학술대회를 통한 연제발표 형식의 관리의사 대상 교육을 하고 있다. 또한 지역보건의료 발전을 위한 모임에서는 연간 1회 총회시 세미나 형식으로 참여 가능하다.

3. 교육프로그램운영(안)

현재 정부 및 지자체에서 제공되고 있는 교육프로그램의 문제점은 크게 3가지로 나뉜다. 보건소장 또는 과장급이 위주가 되며(교육대상), 보건보다는 복지의 비중이 크고 역량강화에 부합되는 교육프로그램 부재(교육내용), 관리의사 대상 교육기회 부재(교육여건)를 꼽을 수 있다.

이에 대응방안으로 협회의 안은 보건소장 및 임용

희망 의사를 대상으로 업무역량 강화 교육프로그램을 설계하고 교육·훈련 제공체계를 마련하며, 필수 교육 코스로 활성화하여 안착하는 것이다.



역량강화 프로그램 운영안의 흐름을 위해 먼저 대한의사협회와 공공의학회, 지보의와 같은 유관단체 간 업무협약 체결이 필요하다. 그리고 역량강화 프로그램을 전문가 단체가 주도하여 구체적인 교육과정이 개발되어야 한다. 협회는 프로그램을 제공·운영업무를 담당하고 수료한 의사에게 공식인증서를 발급하며, 공공보건의료기관장 지원 시, 추천서를 제공한다. 추가적으로 정부에 재정지원을 요구하고, 수료 의사 우선임용을 요청할 수 있다.

이러한 프로그램을 거쳐 의사는 여러 가지 측면에서 역량이 향상되는 이점이 있으며, 정부는 공공보건의료기관에 근무할 의사를 채용하고자 할 때, 프로그램을 거친 인재 풀을 활용할 수 있고, 인증된 인재를 임용할 수 있다.

4. 교육프로그램 내용

주요 내용은 보건소의 업무(지역보건법 제9조) 위주로 의사들에게 필요한 교육프로그램으로 개발한

다. 크게 건강증진, 질병예방·관리·진료, 의료인·의료기관 지도, 응급의료, 의약·식품·위생관리, 재활 및 사회복지, 기타 지역주민 및 특수보건으로 구성된다. 이 뿐만 아니라 공공의료기관의 업무 파악과 해당 의료기관에 근무하는 의사들을 대상으로 수요조사도 필요하다.

5. 기대효과

프로그램 운영안을 통해 업무 연관성을 고려한 체계적 교육훈련프로그램을 개발하고, 교육과정 제공 및 운영에 관한 기반을 확립함으로써 제반 인프라를

구축할 수 있다. 또한 공공보건의료기관에 근무하거나 희망하는 의사들에게 교육의 기대를 확대하고, 보건사업수행 역량강화의 계기를 마련하여 그동안의 한계점을 해소할 수 있다. 이러한 프로그램의 운영은 정부가 아닌 의사 주도적 방안과, 의사 지원 및 참여를 위한 기본구조 마련을 통해 의사가 보건소장으로 우선 임용되는 명분의 타당성을 축적할 수 있다. 마지막으로 보건소장 임용시 비의사가 아닌 의사일 경우 의학적 분야뿐만 아니라 보건행정, 보건정책, 건강증진에 관한 학문을 수행함으로써 시너지 효과가 발생할 수 있다.

지정 토론

| 최재욱(좌장, 의료정책연구소장)

주제발표를 해주신 분들께 감사드립니다. 주제인 공보건의료인력에 대해서 많은 공감을 하시고 대안을 이야기해주셨지만 시각의 차이가 있는 것 같다. 공공보건의료기관에 근무하는 사람만이 공공보건의료인력이라고 국한하여 이야기할 수도 있고, 반대로는 공공보건의료서비스를 제공하는 사람을 공공보건의료인력이라고 할 수 있다. 예를 들어, 민간의료기관에 있으면서도 실제 공공보건서비스에 해당되는 일을 현재 하고 있는 경우가 흔하여, 개원의들이 공공보건의료의 특성을 지닌 1차의료를 담당하고 있는 게 현실이며, 이것은 현재 공공보건의료를 하고 있는 것이다. 그러므로 범위에 대한 부분도 논의가 있어야 될 것 같다. 공공보건의료를 보는 다양한 시각이 있다는 것을 전제로 하고, 열린 토론(open discussion)이 진행될 것을 기대하며 토론회를 시작하도록 하겠다.

| 토론자 김영인(전 대한공중보건의로사회회장)

공공보건의료인력 중 많은 비율을 차지하는 공중보건 의사가 논의에 중요한 부분이라고 생각한다. 공중보건 의사들은 현실적으로 군 대체복무자이며, 군 의관에서 인력이 차출되고 남은 인력이기 때문에, 전공과목의 비율과 전문의 취득자의 성비 등 다양한 변수가 있다. 현재 공중보건의사는 약 2,400명이며, 현재 감소하고 있는 추세로 공중보건의사의 제도 시

행에 영향을 미치고 있다. 공중보건의사의 수가 많았을 때에 비해 지자체의 수요에 따른 공급이 충족되지 않고 있고, 그에 따라 공중보건의사들이 앞으로 어떻게 나아가야 할 지 그 역할에 대해 화두로 떠오르고 있다. 또한 인력감소의 추세는 10년간 이어질 것으로 보이며, 그 후 현재 수준까지 다시 회복될 수 있을지는 미지수다.

이런 상황에 대해 국가에서는 1차의료인력의 감소에 관한 문제에 대하여 인력 확보와 대체인력의 논의가 이뤄지고 있는 것으로 알고 있다. 이종구 교수께서 발표하신 내용도 그에 따른 대안으로 떠오르고 있다. 공중보건의 입장에서, 일본과 미국에서 시행되고 있는 지원금에 관한 제도는 우리나라 의대생의 신분으로 학비 마련은 큰 어려움이 없으며, 6년간 지역사회에서 근무하여 얻는 수익 대비 전문의를 취득하고 1년간 근무하며 학비대출 상환을 기회비용으로 고려해본다면 어려운 점이 있다. 또한 미국은 학비가 비싸기 때문에 메리트가 있을 수 있지만 국내에서는 어려울 것으로 판단된다. 그렇다고 지원금과 같은 제도의 시행이 어렵다는 것이 아니라, 장학제도라는 것이 단순한 학비나 생활비 차원의 지원이 아니라 경력(career)측면의 장점이 부가되는 것이 필요하다.

앞서 발표에서 Public Health Administrator를 말씀하셨다. 공중보건의사가 지역보건사업 진행시, 이를 기획하고 평가하는 데 있어 어려움이 있고, 해

당 구성원들을 이끄는 리더십이 부족한 것이 현실이다. 또한 공중보건 의사가 감소하고 있는 시점에서, 1차 의료기관과 마찰이 발생하고 있다. 그러한 점에서 진료기능을 축소하고, 공중보건의사를 지역보건의료 전문가로써 교육할 수 있는 하나의 수련기관으로 운영하는다면 공중보건의사의 제도적인 합의가 있을 것으로 생각한다.

▶ 토론자 김동석(대한개원의협의회 부회장)

공중보건의사를 국가가 지원하되 복무기간을 늘리는 것이, 복무가 종료된 뒤 그 지역에 남아 근무할 것인가를 고민해야 한다. 과거 군의관의 경우 재정 지원을 하여 복무하지만, 장기적으로 근무하는 의사는 적으며, 대부분이 개원을 한다. 이와 마찬가지로 제시된 제도들이 재원을 지원하더라도 결국 군의관 제도처럼 될 것 같은 우려가 있다.

보건소장 임용 실적의 감소는 역량부족의 문제보다는 선거의 영향이다. 차기 선거를 위해서 필수 의료의 목적이 아닌 선심성 정책의 수단으로 여겨지고, 이를 위해 보건인력을 관리하기 쉬운 공무원으로 채용한다. 오늘 기사에 따르면, 경주에서 의사를 충분히 지원받을 수 있음에도 불구하고 지원받지 않고 행정직 공무원을 임용했다. 지역보건법에서는 보건소장을 반드시 의사로 임용하되 의사가 없을 경우에 조건부로 행정직 공무원 임용이 가능하다. 이러한 문제를 지속적으로 의사협회나 지역의사회에서 항의를 함에도 불구하고 여전히 보건소장직에 지원자가 있으나 행정직 공무원을 임용한다. 이는 교육의 문제가 아니다. 물론 충분한 교육을 하고 많은 혜택이 있다면 가능하다. 교육을 통한 해결방법에는 교과과정에서 공중보건학을 강화하여 교육을 시킬 수도 있다. 그러나 이러한 관여는 교육이 보건소장의 자격

요건이 되어 정부가 또다른 규제를 만들 수 있기에 우려가 된다.

개원의가 바라본 공중보건의 문제는 공공기관의 강화로 인해 민간기관에 타격이 심하다는 것이다. 공공의료에서 버스를 이용한 찾아가는 산부인과를 만들었다. 이는 의료기관의 지리적 접근이 어려운 곳을 해소하기 위한 것이라고 하지만 주위에 있는 민간의료기관의 운영을 힘들게 하였다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 민간의료와 공공의료를 하나로 묶어서 고려해야 된다. 그리하여 현실에 적합한 공공의료의 방향을 제시하여야 하고, 공공보건의료인력의 지위확보와 적절한 배치를 해야 한다.

공공보건의료에 관한 법률 제7조 공공보건의료기관의 의무는 취약계층에 대한 보건의료, 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료 등으로 규정이 되어 있지만 현실은 공공보건의료기관과 민간의료기관이 환자진료에 있어서 경쟁구도에 있다. 두 기관이 중첩되는 진료분야가 있다면 이는 일반 진료기관에서 담당하고 보건의료에 공공이 필요한 진료만 하도록 해야 한다. 앞서 대학병원 교수가 순환하여 근무한다는 언급이 있었는데, 대학병원 교수가 필요한 정도면 각 지역의 대학병원이 있으니 이용하면 된다. 찾아가는 산부인과로 이야기가 많은데 강원도의 경우 교통이 불편하여 각 지역마다 있어야 하는 것이 맞겠지만 응급환자나 항암치료 같은 것은 가까운 대학병원에서 하면 된다.

결론적으로 공공의료기관이 필수 보건의료서비스를 위해서 개원의와 협조와 보완의 관계로 전환하고 적절한 인력지원 확보를 지원하고, 진료보다는 예방과 건강증진, 보건교육 업무에 집중할 수 있는 방향으로 나아가야 한다.

Ⅰ 토론자 조종희(서울 강동구 보건소장)

저는 방사선종양학을 전공하여 보건소에서 1차진료의사로 8년을 근무했고, 20년째 보건소장으로 있다. 실제 보건소 업무에 대해 의사들이 잘 모른다고 생각한다. 이전에 보건소의 기능이 전환되어야 한다고 언급하였다. 그러나 이미 예방사업과 같은 것이 전환되어 있는데, 의사의 입장에서는 진료영역이 크게 이슈가 된 듯하다. 구체적인 논의를 위해 보건의료기관에서 소위 말하는 민간의료기관의 기능에 대해 근거를 가지고 이야기할 수 있는 기회가 있으면 좋겠다.

보건소에는 행정가로서의 의사가 있고, 1차진료의사로서의 의사가 있다. 서울에는 25개의 보건소에 보건소당 약 7~11명의 의사가 근무하고 있으며, 전체적으로는 대략 200명의 의사가 있다. 세부적으로는 행정분야에 40명, 나머지는 1차진료의사다. 1차진료의사는 계약직이다. 급여는 보건소장이 1차진료의사에 비해 적다. 이런 상황을 본다면 보건소장직에 지원할 의사는 적을 것이라고 생각한다. 또한 1차진료의사들은 계약직으로 5년을 근무하고, 그 뒤에는 신규 재임용의 절차를 밟게 된다. 그러면 5년 전 급여액으로 떨어진다. 현재는 불합리적인 것들이 개선되고는 있지만, 지금 의사들이 보건소에서 근무하는 여건이 좋지는 않으며, 근무환경의 개선이 필요하다. 역량강화가 절실하다. 보건소장 업무에 있어서 리더십, 파트너십, 매니지먼트 등 다양한 역량을 요구한다. 또한 교육의 부재로 인해 만남의 자리가 없다. 이는 의견을 교환할 수 없어 정보에 어둡고, 권익주장을 할 수 있는 힘의 중심점이 없는 문제를 낳는다. 현 문제에 대해 협회에서 많은 지원을 해주셨으면 하는 것이 현장의 바람이다. 결론은 장기적으로는 보건행정가를 만드는 과정이 이루어졌으면

하는 바람이며, 단기적으로는 현장에서의 근무여건이 마련이 되었으면 한다.

Ⅰ 토론자 이성우(대한의사협회 정책이사)

공중보건 의사 또는 공중보건의료인력과 같은 것에 대해 정의는 cross table로 생각할 수 있다. 정의에 따라 primary physicians으로서 1차의료 의사 또는 공중보건의사인지는 아니면 보건행정전문가로 구분된다. 근무장소 즉, 취약지의 여부이다. 그러나 정부의 입장에서는 의료취약지에 근무하는 공중보건의료인력을 양성하는 것이 중심이고, 예방의학에서는 장소는 무관하나 1차의료서비스를 제공하는 것이 중심이 되는 입장이다. 예방의학교육을 통해 전문가들이 배출된다. 실제 공공의료에 종사하는 수는 적으며, 의료취약지는 더 적을 것으로 생각이 된다. 이러한 이유를 파악하면 문제를 해소할 수 있는 실마리가 있을 것이다. 협회의 방안은 공중보건의를 그 지역에 보건행정관리자로서의 의사로 양성하는 것이다. 그래서 교육프로그램을 만들고, 교육을 통해서 역량을 갖춘 의사들이 지역에서의 문제를 파악하고 정책 수립 및 실행하고 개선해나가는 의사가 많이 양성되기를 바란다. 그런 의사들이 지역에 맞는 정책을 수립하면 그에 따라서 해당 지역에서 1차의료를 담당하는 흔히 local clinic이라고 하는 곳에 근무하는 의사들과 협력을 통해 지역의 1차의료를 담당하기를 바란다.

의료취약지의 경우, 지역보건단체와 협력을 통해서 1차의료를 제공할 수 있는 방법을 찾아야 한다. 지역에 국한된 1차의료의 문제점은 해당 지역의 보건의료의사가 가장 잘 알 것이다. 역량을 갖춘 보건의료의사들이 반드시 양성되어야 한다. 이에 대해서는 정부가 제도적으로 도움을 주고,

학계는 전문적 지식에 관한 도움을 주시기를 바란다.

| 좌장 최재욱

오늘 주제발표자의 의견을 듣고 질의응답을 하겠다.

| 주제발표자 김동현

오늘의 발표와 토론이 의미가 있다. 서로의 관점과 개념이 다른 것을 알게 되었다. 제가 생각하는 공중보건의료인력이란 진료영역만은 아니다. individual patient treatment가 아닌 population health, community health의 니드에 대응하는 의료인력이며, 이것이 우리나라에서 필요하다. 또 하나는 공공보건의료인력을 이야기할 때 취약지를 이야기한다. 공중보건의료인력이 필요한 것은 취약지에만 국한되어 있는 것이 아니다. 물론 취약지가 부분적인 측면에서 일부 지역 같은 경우는 정부 지원 등을 통해서 필요하다. 그러나 서울시의 건강문제 해결을 위해서도 역량을 갖춘 공중보건의료인력이 필요한 것이며, 이는 우리나라 전체의 요구사항이라 본다. 그리고 이종구 교수와 서경화 연구원이 구체적인 안을 말씀하셨다. 이제는 비정상적인 구도를 정상적으로 만들어가는 제도나 인력개발이 필요하다. 공중보건의료인력이 의과대학 교육과정에서 체계적으로 교육되고, 공중보건의 population perspective에 대한 중요성을 알게 되면 자연스럽게 동기부여가 될 것이며, 더 나아가 스페illover(spillover)효과도 생겨나서 시장(market)형성이 가능하게 된다. 현장에서는 public health 또는 community health의 업무를 할 수 있는 의료인력에 대한 니드(need)는 많다. 그런데 이보다 진료영역에 집중되니 지자체장 또는 전문기관

장(employer)에게 이와 같은 의사의 필요성에 대한 인식이 없다. 그런 점에서 보건소의 기능에 대한 언급이 많았는데, 보건소를 지역사회건강을 책임지는 심판자의 역할을 하는 기관이 되어야 한다. 지역사회는 여러 가지 이해관계자(stakeholder)들이 많이 있기 때문에 지역사회건강의 니드를 위해 자원을 마련하고 요구에 부응하게 하는 심판자의 역할을 해야 한다.

공공보건의료인력의 양성이라고 하는 것이 결국은 의과대학 교육과정에서 체계적인 교육이 이루어져야 한다. 실제 기존의 예방의학은 교육이 그리되지 못한 것에 대해 반성한다. 새로운 교육 및 교육과정의 내용이 만들어져야 한다. 이런 모임은 학회만으로는 부족하며 의사협회, 의과대학의전원협회, 의학교육협의회 등이 같이 만들어 나가야 한다.

| 주제발표자 이종구

30년 전의 제도가 아직도 개선이 되지 않고 있는 상황이다. 개인적 의견으로는 공보의 제도는 없어져야 하는 제도라고 생각한다. 그 이유는 30년을 했는데 남는 게 없다. 이런 제도는 아마도 만들어지는 당시 배경의 영향이 아닌가 싶다. 그러나 시대가 변화는 것에 따라서 제도가 바뀌어야 하지만 인력정책에 있어 정부가 아니 하고 있다. 아마 정부도 반성을 했을 것이다. 해결방안으로는 몇 가지 제도적인 틀을 만들어야 한다. 첫째, 모든 제도는 투명하고 모든 사람들에게 알려져야 한다. 예를 들어 제도 시행에 앞서 정부는 데이터를 공개하고 모두 같이 고민하는 등 투명한 과정을 거쳐 그 다음 무엇을 할 것인가를 결정해야 한다. 무엇을 할 것인가의 결정은 일반 상식 하에서 일반사람들이 전체

동의할 수 있는 수준이어야 함에도 불구하고 합의가 잘 안 되는 것 같다. 물론 합의가 안 되더라도 정책이 가야 하는 시대적 사명이 있다면 시행해야 한다. 그렇더라도 훗날 문제에 대해서는 개선될 수 있는 여지가 있어야 한다. 합리적으로 개선될 수 있는 시스템이 되어야 하고, 그런 시스템이 정착되어야 하는 것이 상당히 중요하다. 과정상의 문제가 있다면 법적 근거와 같은 법률적 장치가 마련되어 있어야 한다. 이와 같은 절차적인 문제에 관해서 의료계에서는 고민이 적다.

두 번째는 의사 중에서 국민을 개인으로 바라보는 의사와, 집단으로 바라보는 의사가 있어야 된다. 개인과 집단을 치료하는 전략에는 차이가 있다. 방법론도 다르다. 그러나 의과대학에서도 거의 못 키워내고 있다. 그것은 수익의 문제가 포함되기 때문이다. 이는 교육으로만 해결되는 것이 아니다. 그래서 경제적 지원이라는 이야기가 나오고 있다. 진료의사에서 행정의사로 이직을 하는 순간 급여부터가 삭감된다. 이러한 것은 가장으로서 감당하기 어렵다. 그러기에 제도적으로 가기 어렵다. 이는 사명감이 아니면 사실 하기가 어렵다. 지역의 문제를 해결하고 고민하는 것이 학교에서의 교과과정에서 이루어지지 않으면 문제를 한순간에 해결할 수 있는 것은 아니다. 공무원 인건비가 300억 이상 들어간다. 그렇지만 그 돈을 더 효율적으로 활용하여 낭비를 줄여나간다면 사회가 바라는 좋은 사람을 더 만들어 낼 수 있지 않을까라고 생각한다.

Ⅱ 토론자 조종희

보건소장이 아니라 의사로서 말씀을 드리는데, 보건소에서 1차진료를 많이 안했으면 좋겠다고 많이 말씀을 하신다. 지금 의협에서 보건소에 대해 그런

식으로 이야기가 안 되었으면 한다. 실질적으로 의사가 보건소에서 진료를 제외하고는 할 일이 없다. 당장 예방사업이 없어진다면, 영유아접종실에 있는 의사를 내보내야 한다. 1차진료가 없어지면 의사부터 내보내야 하는 상황이 되는데, 정말 의사로서 보건소에서 할 수 있는 일을 만들어놓고 가야 한다. 그래서 저는 의협 차원에서 보건소에 의사들의 역할을 만들어놓는 작업에 역할을 좀 더 해줬으면 좋겠다고 생각한다.

Ⅲ 좌장 최재욱

정확한 말씀이다. 현실적인 어려움을 이야기해주셨다. 그 점 반드시 유념해야겠다. 플로어에서 질문을 받도록 하겠다.

Ⅳ 질의자 1 (김혜경 수원시 팔달구 보건소장)

코멘트이다. 보건소장으로 28년째 근무하고 있다. 보건소에 근무하는 의사들의 모임인 지역보건의료 발전을 위한 모임을 만들어서 활동을 하고 있다. 포럼도 열어주셔서 감사하다.

공공보건의료인력이 굉장히 범위가 넓은 것 같다. 일단 보건복지부, 광역자치단체, 지자체단체, 기초지자체 등에 근무하는 보건행정가가 있다. 그리고 공공의료기관에 근무하는 의사가 있다. 이들은 진료만 하지만, 사실 진료만 해서는 안 된다. 진료와 자기 있는 관할구역 인구집단의 건강관리를 할 수 있는 역량이 있어야 하나, 못하고 있다. 세 번째는 공공의료기관에 근무하지 않더라도 공공의료사업을 하면 공공의료서비스를 수행하는 의사가 되는 것이다. 이들도 물론 진료와 인구집단의 건강관리를 해야 한다. 그 다음은 더 포괄적으로 본다면 국민건강보험 하에 있기 때문에 모든 의사가 포함되는 것 같다. 그

런데 안타까운 것은 이들 역시 진료만 하는 것이 아니라, 인구집단 건강관리 또는 지역보건사업을 해야 한다. 그게 의사의 역할이라고 본다.

그리고 꼭 공공보건의료인력은 의사만 있는 것이 아니다. 공공보건에 근무하는 모든 인력이 포함된다. 간호사, 약사, 의료기사, 영양사, 행정원 등 다양하다. 공공보건의료인력은 넓은 범위 또는 역할로 구분하여, 역량강화의 방법을 마련한다. 지보위, 지보연, 지역보건학회에서 교과서를 만들려 하고 있으며, 대상을 의사 외 인력을 포함할 것인지에 대해 고민 중이다. 그렇다면 업무분석을 하고 수요조사 요구도 조사해야 되지만 의협 차원에서 책임과 관심을 가지고 지원을 하면 굉장히 좋은 교과서가 나오지 않을까라고 생각이 든다.

우선은 의사 차원에서 이야기를 한다면 교과서가 발간이 되고 의과대학에서 교과목이 되어야 한다고 생각된다. 예전에는 의과대학에서 보건소로 실습도 나왔지만 현재는 없어졌다. 지역보건을 가르치지도 않는다. 이것부터 빨리 개선이 되어야 한다. 예방의학 교실명을 인구집단 건강의학과라든지 이런 식으로 바뀌야 한다. 의사들의 인구집단 건강을 관리할 수 있는 능력을 개발해주는 담당과목으로 해야 된다.

| 좌장 최재욱

현실의 입장에서 필요한 이야기를 해주셨다. 교육에 대한 부분을 강조했다. 지역사회보건은 지금 없어진 것이 현실이다. 현 상황에 대한 대처방안에 대해 많은 논의들이 있어야 할 것이다. 특히 교과서 준비에 있어 의사협회와 같이하는 것에 대해 토의 후 추무진 회장의 의견을 듣는 것으로 대신하겠다. 다른 질문 있으신가?

| 질의자 2 (국립중앙의료원 공공의학연구소/공공의학본부 관계자)

공공보건의료인력의 정의를 포괄적으로 다룬 발제자 김동현 교수의 Public Health Physician이라고 생각한다. 취약지구의 인력감소에 관한 대처방안을 논의하고, 보건소와 같은 현장에서의 행정과 같은 측면의 어려움에 대해 언급하고 있다. 이에 우리는 실제 인력부족이 취약지에 국한된 것으로 느끼고 있다. 그러나 의사의 입장에서 지리적 측면의 의료 취약지 존재여부와, 그에 따른 정확한 조사 결과를 알고 싶다.

| 좌장 최재욱

취약지구의 정의가 애매하다. 이종구 교수께서 답변해주시길 바란다.

| 주제발표자 이종구

지역보건법에서는 취약지구의 정의를 의료시설까지 접근이 1시간인 곳으로 정의하고 있다. 이는 일본도 마찬가지이다. 농특법이 제정될 당시의 시대적 배경이 취약지구에 대한 콘셉트인 듯하다. 일반적인 운송수단으로 거리가 너무 멀다면 취약지구이다. 그렇다면 이론적으로는 취약지구가 없을 것이라고 생각할 수 있다. 일본에서도 약 2,000개에서 약 500개 정도로 1/4이 줄었다. 지금의 의미에서 취약지구를 생각해본다면 하루 동안 버스가 2번 다니는 곳이라 생각하면 이런 지리적 문제는 대안이 없다. 실제 취약지 문제들이 많이 생기고 있다. 그렇다면 이제 대안을 모색하는 것이 문제이다.

도시의 취약계층이 점차 증가하고 있다. 의료의 접근성에서는 지리적인 어려움뿐만 아니라 경제적인 문제도 존재한다. 각 개인별로 노숙자와 같이 의

료 해결이 안 되는 국민이 아직 많기 때문에 인력을 필요로 한다. 다만 그에 따른 업무를 수행하기에는 수익이 적기에 정부가 나서야 한다.

| 좌장 최재욱

취약지의 정의에 대한 조사를 언급하였다. 과거 지리적 관점의 접근성에 대한 취약지구의 정의는 현재 시점에서는 의미가 없다. 오히려 도시의 독거노인과 같이 접근을 행하기 어려움을 겪는 문제를 중심으로 한 정의가 적절한 것 같으며, 이에 대해 많은 논의가 필요하다.

| 질의자 3 (대전 유성구 보건소 관계자)

의과대학에서의 교육이 중요하고, 의사인력을 양성하는 과정에서부터 공공보건의료인력에 필요한 마인드 등을 가르치는 것이 필요하다. 또한 보건소에서 근무하고 있는 당사자로서 당장 그런 인력이 필요한 것이 사실이다. 보건소에 근무하면서 놀라웠던 것은 일을 할 수 있는 전문가가 없다는 것이다. 지역 사회를 건강하게 할 수 있는 힘이 없다는 것이다. 당장 인력들을 일할 수 있는 능력으로 어떻게 바꿀 것인가가 중요한 과제이고, 그 중에서 의사만 훌륭한 보건의료인력으로 만들어야 하는 것은 아니다. 그러나 의사가 지역사회건강을 위한 업무를 수행한다면 더 효율적일 것이라 생각한다. 그러기 위해서 보건소에 근무하는 의사들의 역량을 강화할 필요가 있다고 생각한다. 이와 같은 과정을 민간기관과 같이 해야 한다. 민간의료기관에 있는 의사도 관심을 가지고 해결방안을 모색하여, 서로 win-win하고 강화할 수 있도록 모두 동참했으면 한다.

또 하나는 교과과정을 통해 교육을 이수한 의사가 지역사회를 변화시킬 수 있는 역량을 갖췄을 지의

문제라 생각하여, 적절한 교육을 제공할 수 있는지 의문이다.

| 주제발표자 김동현

예방의학회에서는 현 문제에 관한 적절한 역할을 수행하지 못한 점에 대해서 반성하고 있다. 지금 학회에서는 적극적인 대응을 해야 된다는 의견이 많이 언급되고 있다. 학회에 참석하여 현장의 의견과 요구사항을 전달하여 주시기 바란다. 그렇다면 학회에서 방안을 마련할 때 도움이 될 것 같다.

앞으로 공공보건의료인력에 대한 논의를 공론화해야 된다. 이는 전체 사회에 대한 Quality Health와 지역사회건강의 니즈를 대응할 수 있는 측면에서의 전망을 고려해야 한다. 이전 무의촌 대응방안과 같이 접근해서는 안 되며, 비정상화를 정상화의 관점에서 보고 그 한계를 넘어서야 한다. 지역사회건강의 관점이 의과대학 교육과정에 포함하는 방법에 대해서는 협회에서도 참여해야 한다. 또한 정부에서는 공중보건에 관한 업무를 대표할 수 있는 기관이 질병관리본부라고 생각한다. 질병관리본부가 지역보건 사업을 하고 있다. 사업을 할 때 지역에 있는 의료인력이 지역에 대해 이해를 하지 못하면 사업성과를 기대하기 어렵다. 그렇게 때문에 의사의 교육에 질병관리본부도 참여해야 한다고 생각한다. 또한 학회에서도 역할을 해야 한다고 생각한다.

| 주제발표자 이종구

보건소라는 주제는 여전히 어려운 주제이다. 보건소의 설립을 살펴보면, 보건소는 미군정시대에 세워졌다. 일본도 마찬가지다. 한국과 일본의 보건소는 같은 사람이 만들었다. 그런데 왜 내용이 다른가? 일본은 광역자치단체 지방사무소이다. 7~8개 자치

단체가 보건소에 보건업무를 위탁한다. 보건소장의 업무를 보면 굉장히 명확(specific)하고, 행정보다는 지역사회를 중심으로 진행되는 업무가 많다. 우리나라는 행정부서이다. 이는 행정직이 들어올 수밖에 없는 구조가 형성되었다. 또한 지방자치단체의 외청일 뿐이다. 이는 위생부서가 들어와 있는 것이 문제였다. 위생을 보건사업화하면서 위생성과 같이 들어왔다. 보건소의 업무가 이전과 다른 행정업무로 인해 의사들이 과연 해낼 수 있겠느냐 하는 근본적인 문제까지 도달했다. 그러나 상황에 맞게 의사를 교육하고 양성하지는 않았다.

업무 교육의 문제도 있다. 정부 내 구성원들 간의 업무 전제가 있다. 호의적이지 않으며, 업무 교육의 필요성을 인정하지 않는다. 그 이유는 자격증을 가진 자이기 때문이다. 정부의 행정프로세스에는 보건소장을 위한 track이 없다. 또한 공무원과 같이 진급의 기회도 없다. 일본 보건소장은 공중위생원에서 1년씩 공부한다. 또한 다양한 지역사회를 경험하고 지역보건교재를 만들기도 한다. 우리나라에도 보완할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 그러기 위해 협회, 학교, 학회, 그 외 많은 단체들이 관심 갖고 나아가야 한다.

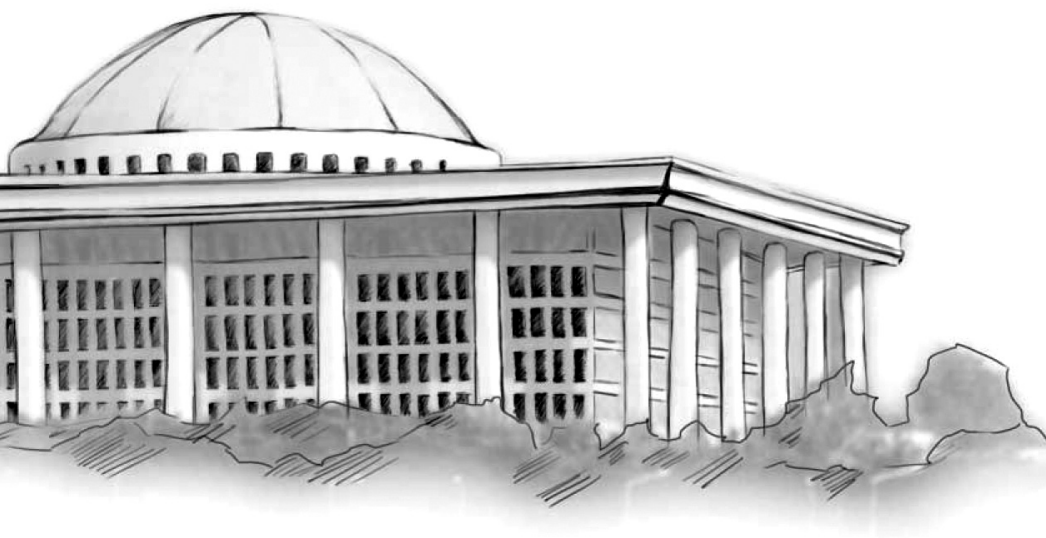
| 좌장 최재욱

토론에 참여하신 분들이 다양한 의견을 제시해주셔서 감사하다. 마지막으로 추무진 회장님의 말씀을 끝으로 정리하겠다.

| 대한의사협회 회장 추무진

늦은 시간까지 토론회에 참석해주신 분들께 감사하다. 오늘 귀중한 말씀들을 많이 하신 걸로 알고 있다. 현 문제에 대한 개선의 필요성을 느꼈고 지금부터 방안을 마련해나가는 것도 늦지 않았다고 생각한다. 여기 계신 모든 분들이 참여하여 노력할 것이라 믿는다. 정부에서 공공의학계까지 같이 참여한다면 모든 일들이 좀 더 원활하게 진행될 것이라 생각한다. 협회에서 할 수 있는 것은 여러분들이 할 수 있는 일을 지원하는 것이다. 만들어나가는 것은 전문가들이 해야 될 것으로 생각한다. 저는 협회회장으로서 여러분이 하시는 일을 뒤에서 받쳐드리는 일을 하겠다. 앞서 나가시는 분들이 잘 하시도록 돕는 게 협회가 할 일 아닌가라고 생각한다. 오늘 늦은 시간까지 참여해주셔서 감사하다.

〈정리 : 의료정책연구소 연구원 강윤진〉



국회 회의록

- 제329회 제8차 보건복지위원회
2014년 11월 7일
- 제331회 제1차 보건복지위원회
2015년 2월 9일

참석자

출석위원(20인)

위원장 김춘진

위원 김기선 김명연 김미희 김성주
김용익 김재원 김정록 김제식
김춘진 남인순 문정림 박윤옥
신경림 안철수 양승조 이명수
이목희 이종진 인재근 최동익

청가 위원(1인)

김현숙

출석전문위원

수석전문위원 김대현
전문위원 김부년

정부 측 참석자

보건복지부

장관	문형표
기획조정실장	최영현
보건의료정책실장	권덕철
사회복지정책실장	김원득
인구정책실장	이태한
국제협력관	권기창
보건의료정책관	최성락
공공보건정책관	권준옥
한약정책관	김덕중
건강보험정책국장	이동욱
건강정책국장	류근혁
보건산업정책국장	배병준
복지정책관	김원중
복지행정지원관	곽숙영
사회서비스정책관	전병왕
장애인정책국장	윤현덕
인구아동정책관	김현주
노인정책관	임인택
보육정책관	이기일
연금정책국장	조남권
질병관리본부장	양병국

제329회 제8차 보건복지위원회

일시 : 2014년 11월 7일(금)

장소 : 보건복지위원회 회의실

위원장 김춘진 (전략)문형표 보건복지부장관 나오셔서 보건복지부 소관 2015년도 예산안 등에 대해 제안설명을 해 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 존경하는 김춘진 보건복지위원회 위원장님, 그리고 위원님 여러분! 평소 보건복지 정책의 발전을 위해 보여 주신 각별한 관심과 애정 어린 성원에 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 오늘 여러 위원님들을 모시고 보건복지부 소관 2015년도 예산안 및 기금운용계획안에 대하여 제안설명을 드리게 된 것을 매우 뜻 깊게 생각합니다. 우선 정부에서 제출한 내년도 나라살림의 전체적인 개요를 말씀드리면, 총지출 규모는 금년 대비 5.7%가 늘어난 376조 원입니다. 이 중 보건복지부 소관은 51조 9368억 원으로 금년 예산 대비 10.7%가 증가한 규모이며 이는 정부 총지출 대비 약 13.8% 수준입니다.

내년도 보건복지부 예산은 서민·취약계층에 대한 맞춤형 지원 강화, 저출산·고령화 대응 투자 강화, 공공의료 경쟁력 강화 및 지속가능한 복지체계 구축을 주요 방향으로 설정하여 편성하였습니다. 예산안의 주요 내역을 간략히 보고드리겠습니다. (중략)

보건의료 부문 지원예산입니다.

식품의약품안전처

처 장	정 승
기획조정관	조기원
소비자위해예방국장	손문기
식품안전정책국장	강봉한
식품영양안전국장	최동미
농축수산물안전국장	장기윤
의약품안전국장	유무영
바이오생약국장	김진석
의료기기안전국장	김영균
식품기준기획관	박선희
식품의약품안전평가원장	왕진호
의료제품연구부장	한순영
독성평가연구부장	성원근
바이오생약심사부장	손여원

내년도 보건의료 지원예산안은 금년 대비 16.2% 늘어난 2조 2408억 원입니다.

지방의료원과 적십자병원 등 지역거점병원의 공공성 강화를 위해 670억 원을 반영하였으며 분만취약지 해소를 위해서 분만 산부인과와 외래산부인과 지원을 확대하였습니다.

안심하고 분만할 수 있는 환경조성을 위해 고위험 산모·신생아 지원에 126억 원을 반영하였으며 자살예방 및 지역정신보건산업은 광역과 기초 정신보건센터를 확충하는 등 금년 대비 4.0% 증가한 438억 원을 편성하였습니다. 흡연인구를 감소시키고 국민의 건강 증진을 도모하기 위해 국가금연지원서비스 예산을 대폭 확대하여 1521억 원을 편성하였습니다. 12세 이하 어린이 대상 무료 예방접종에 소아A형간염을 신규로 추가하였으며 어르신들께서 어디서나 부담 없이 인플루엔자 예방접종을 받으실 수 있도록 국가예방접종 예산을 올해보다 44.1% 증액 편성하였습니다. 유전체·줄기세포 등 미래 보건의료 기술개발을 위한 보건의료 R&D 사업은 금년 대비 11.3% 증가한 4,562억 원을 편성하였습니다.

대규모 재난발생 시 신속하게 국민의 생명과 건강을 보호할 수 있도록 국내외 재난의료 지원예산을 금년 대비 58억 원 증가한 80억 원으로 편성하였습니다. 정신요양시설 운영지원사업은 국고로 환원하여 725억 원을 신규로 편성하였으며 요양병원에 대한 의무인정 지원예산을 700개소로 반영하였습니다. 내년도 건강보험 부문 예산은 금년 대비 11.2% 증가한 7조 7441억 원을 반영하였습니다. 이 중 건강보험 가입자 지원예산은 올해 대비 12.3% 증가한 7조 974억 원입니다. (후략)

위원장 김춘진 다음은 김대현 수석전문위원 나오셔서 보건복지부 소관 예산안 등에 대해서 검토보고를 해 주시기 바랍니다.

수석전문위원 김대현 (전략)지방의료원과 적십자병원의 기능보강사업에 있어서 지원방식 개선과 구조조정에 대해서 말씀드리겠습니다.

2015년도에 지방의료원·적십자병원 기능보강사업에 편성된 예산은 전년도 대비해서 26억 800만 원 증액된 600억 7700만 원입니다. 그러나 지방의료원, 대한적십자사의 사업계획 부실과 보건복지부의 집행관리 미흡으로 이 사업의 집행 실적이 연례적으로 저조하고 매년 국회 결산심사 과정에서 문제점으로 지적되고 있습니다. 따라서 인센티브 도입 등 지원방식의 개선으로 사업효율화를 추진하거나 성과가 미흡한 보조사업을 구조조정하는 등 조치가 필요할 것으로 판단됩니다.

다음은 건강보험 가입자 지원예산에서 사용 용도별 예산편성의 제도화가 필요하다는 보고를 드리겠습니다. 이 사업은 일반회계와 건강증진기금에서 각각 보험료 예상수입액의 14%, 6% 상당을 국민건강보험공단에 지원하는 것입니다. 2015년도에는 일반회계에서 약 5조 5,788억 원, 건강증진기금에서 약 1조 5,185억 원을 지원하고 있습니다.

그런데 국민건강보험법에서는 국고지원금에 대해 사용 용도를 가입자 및 피부양자에 대한 보험급여, 건강보험사업 운영비, 보험료 경감에 대한 지원으로 사용 용도별로 예산을 구분해 놓고 있는데 정부 예산편성과 집행 과정에서 사용 용도별로 예산을 구분하지 않고 있고요 또 공단은 단일재정수입에 포함하여 지출한 결과로 국회의 예·결산 심사가 상당히 제한되고 있음을 보고드리겠습니다. 앞으로 일반회계 및 건강증진기금 지원금에 대해서는 사용 용도에 따른 예산편성을 제도화하고 건강증진기금 지원금의 사용 목적은 담배부담금 징수 목적에 부합하는 방식으로 재정비하는 등 조정방안이 논의되어야 될 필요가 있다고 봅니다.

끝으로 해외환자 유치지원사업의 유치실적 제고 필요성에 대해서 보고드리겠습니다.

위원님들께서 너무 잘 아시는 바와 같이 이 사업은 우리나라 의료서비스 수준에 대한 적극적인 홍보·마케팅, 진료환경 개선, 관련 전문인력 양성 등을 지원하여 외국인환자를 국내에 유치하려는 사업입니다. 그런데 해외환자 유치실적을 잘 살펴보면 해외환자 수하고 진료수입의 절대적인 수치는 증가하고 있습니다. 그런데 아랍에미리트 등 일부 국가를 제외하고는 그 증가율이 감소하고 있다는 데 문제가 있다고 하겠습니다. 따라서 이 사업을 통해서 국내 의료서비스산업 국제화와 또 국익 창출의 효과를 기대하기 위해서는 해외환자 유치 전망에 대해서 좀 객관적인 평가를 할 필요가 있다는 말씀을 드리고요, 앞으로 우리나라로 유입될 수 있는 환자들의 국가별 특성을 면밀히 분석하여 그에 따른 전략을 수립할 필요가 있다고 하겠습니다. 이상 보고를 마치겠습니다.

문정림 위원 연구중심병원 육성 R&D 사업 관련해서 질의하겠습니다.

복지부가 나름대로 노력은 하신 것 같은데 2014년 예산이 100억으로 시작했고 그게 후반기 사업만으로 100억이었고 이제 4개 연구중심병원을 하려고 했는데 1개는 아직 선정 못 해서 선정 준비 중이다 이렇게 들었습니다. 맞습니까?

보건복지부장관 문형표 진행 중입니다.

문정림 위원 2015년 예산이 145억인데 145억은 지속과제밖에 수행할 수 없다고 들었습니다. 맞습니까?

보건복지부장관 문형표 예, 계속사업 예산으로만 되어 있습니다.

문정림 위원 복지부가 145억을 요청해서 기재부에서 받은 것입니까, 아니면 더 요청을 했는데 145억으로 된 것입니까?

보건복지부장관 문형표 저희들은 당초 계획대로, 저희가 KDI의 그 예타 결과 같은 것들을 반영해서 좀 더 확대하려고 신청을 했습니다.

그런데 거기……

문정림 위원 앞으로 어떻게 노력하실 계획인지 알려 주세요.

보건복지부장관 문형표 저희들도 계속 연구중심병원을 확대해 나가야 된다는 것은 가장 중요한 방침이고요. 거기에 대해서……

문정림 위원 제가 말씀드리겠습니다. 연구중심병원 10개가 선정이 됐습니다. 그렇지요?

보건복지부장관 문형표 예.

문정림 위원 서울, 수도권이 대부분이고 지역병원도 있습니다, 경북대병원 같은 병원도 있고.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

문정림 위원 사실 연구중심병원 10개 하면…… 다른 연구중심병원에 대해서 충분한 소개가 없으면, 기재부의 충분한 설명이 없으면 ‘그냥 병원에 50억씩 나눠 주는 거냐?’ 이렇게 오해할 수도 있습니다. 그런데 연구중심병원은 지금 산학연 연구사업이잖아요. 그렇지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

문정림 위원 의료전달체계에 있어서 의원병원, 종합병원, 상급종합병원이 있는데 상급종합병원이 연구중심병원으로서 활성화될 수 있도록 하는 의료전달체계에 있어서의 위치가 하나 있고, 산학연 같이 연구를 한다는 겁니다.

그래서 예를 들면 서울대, 연대, 지금 가천의대, 길병원이 사업을 하고 있는 데 봐도 대학만 하더라도 자기 대학 말고 다른 대학과 같이 하고 있고요. 산업체만 해도 4개, 많게는 10개 산업체가 같이 하고 있고 그다음에 연구소도 4개에서 10개까지 같이 하고 있습니다.

그래서 이게 어느 한 병원에 몰아주는 게 아니라 연구중심병원의 특성화 사업 그러니까 연구나 기술과제에 대해서 산학연이 함께 발전해서 환자에게 새로운 의료기술을 제공하고 또 물론 산업 활성화 부분도 있고 그런 겁니다.

그래서 이거는 복지부만이 주장할 게 아니라 기재부도 당연히 이 내용에 대해서 알고 있을 텐데 그리고 예비타당성조사에서 10년 동안 4700억 예산이 필요하다고 예비타당성조사에 나왔습니다.

그러면 매년 470억 정도고 10개 기관을 나누면 1개 기관에 50억 정도 됩니다. 그러면 4개 기관이 지금 하고 있으면 6개 기관이 동시에 하려면 적어도 50억 내외 하면 300억 정도가 필요한 거잖아요?

보건복지부장관 문형표 그렇습니다.

문정림 위원 그래서 그 액수를 예비타당성조사에서 밝혔던 내용 근거를 분명히 밝히고 연구중심병원에 용돈 주듯이 나눠 주는 게 아니고 산학연 연구를 통

해서 새로운 의료기술을 해서 환자에게 서비스를 제공하는 것이고 부가가치로 젊은이들 연구…… 산업체에 또 인력을 고용할 수 있다 이런 부분을 충분히 알려져 좀 더 적극적으로 하셨으면 좋겠습니다. 그리고 제가 보니까 이게 병원이 서울, 수도권이라고 해서 거기만 나눠 주냐 할 게 아닌 게 연구중심병원의 과제가 다 다릅니다. 예를 들면 고대구로 같은데 지금 감염인데 에볼라 백신이니 여러 가지 해야 되잖아요. 그런데 거기 지금 못 갔습니다. 그런 거죠?

그래서 연구중심병원의 특성이 있고 지역이 있고 그런데 이런 부분을 좀 충분히 반영해서 복지부에서도 노력해 주시면 좋겠고요. 국회에서도 좀 해야 될 일이라 생각합니다.

동의하십니까?

보건복지부장관 문형표 예, 꼭 좀 도와 주셨으면 합니다.

문정림 위원 또 신의료기술 평가제도가 시행이 되고 있는데 제가 그 중에서도 제한적 의료기술 평가 사업 관련해서 2012년에 질의를 해서 최초로 2013년도부터 예산이 반영이 되었습니다.

그래서 복지부도 노력을 하셔서 2013년에 4억이 반영이 되었고 2014년에 6억이 반영이 되었는데 지금 보면 2015년도 그냥 지속사업으로 6억 정도만 되어 있습니다. 그런데 이것이 어떤 기관에 돈을 나누어 주자 하는 것이 아니고 제가 이 내용을 보니까 지금 제한적 의료기술 평가를 위해서 대기하고 있는 그 과제들이 한 12개 정도 됩니다. 그런데 그 중에 보면 특정 어디를 해 주자 이런 것이 아니고 예를 들면 이식형 우심실 보조장치 치료술 이런 것들을 보면 기

존의 약물치료나 개심술로 치료할 수 없는 심부전, 그러니까 심장이식 대기환자의 이식 전 가교치료 이런 것들이 있습니다. 그런데 계속 대기상태로만 있고 평가를 할 수가 없거든요.

그런데 이런 평가는 민간기업이 할 수 없다고 생각을 합니다. 왜냐하면 의료행위를 무슨 시험을 해 가지고 수익을 내기가 어렵잖아요. 그래서 이런 것이 야말로 공익적 연구이기 때문에 적어도 지금 6억이 아니라 추가 과제를 좀 할 수 있도록 2억이든 얼마든 반드시 검토를 해 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 예, 저희가 말씀하신 대로 중요성을 인식하고 내년에 2개 사업에 대해서 신규로 추가를 해서 예산을 신청했습니다만 반영이 못 되었습니다. 저희도 계속 노력하도록 하겠습니다.

문정림 위원 환자 지원 관련해서 간단히 말씀드리겠습니다. 미숙아 의료비 지원 예산이 지금 해마다 부족했었잖아요.

보건복지부장관 문형표 예.

문정림 위원 그런데 이번에도 보면 미숙아 증가 추세나 의료비 상승 요인을 감안하면 예산 규모가 제가 자세히 검토를 한 것을 보면 적어도 77억 정도는 증액해야 된다 이렇게 생각합니다.

노력하실 의지가 있는지, 또 노력해서 얻을 가능성은 있는지……

보건복지부장관 문형표 예, 저희들이 최선을 다해서 노력을 하겠습니다.

그래서 늘려야 된다는 데에 대해서 공감을 하고 있

습니다.

문정림 위원 미숙아는, 저는 뇌성마비를 전공을 했었잖아요. 1.5kg 이하 저체중아가 태어나면 생존의 가능성은 굉장히 높아집니다. 그렇지만 신경학적 이상을 가지고 생존할 가능성은 많아지는 것이지요. 뇌성마비, 그다음에 시각장애, 청각장애, 동반장애는 많아지고 환자는 늘어나고 또 의료기술도 늘어나기 때문에 의료비가 늘어나는 것은 당연한 것입니다. 그런데 이런 예상치 등을 고려하지 않고 그런 규모를 감안하지 않은 채 계속 예산 배정이 되기 때문에 항상 미지급되거나 늦게 지급되거나 이런 문제가 있어 왔습니다. 그래서 이번에도 특별히 좀 마지막까지 노력해 주시기를 부탁드립니다.

보건복지부장관 문형표 예, 최선을 다하도록 하겠습니다.

문정림 위원 하나만 더 말씀드리겠습니다. 저소득층 암환자, 또 소아·아동 암환자 의료비 지원 필요성 이런 부분을 제가 국감 때 서면질의로도 말씀드린 바가 있는데요, 암환자 지원 사업을 정부가 여러 가지 하고 있습니다. 소아 암환자, 또 성인 암환자에서는 의료급여 환자, 건강보험 가입자, 폐암환자 이렇게 대상으로 하고 있는데요, 지금 보니까 암환자 의료비 지원 그 예산안이 감액이 되었습니다. 그래서 이유를 보니까 4대 중증질환 보장성 강화가 되었고 하기 때문에 50% 감축해서 산정했다 이렇게 되어 있는데 제가 보니까 그동안 누적된 미지급 액수 이런 것들이 감액이 되지 않은 것 같습니다.

보건복지부장관 문형표 예.

문정림 위원 그래서 이런 부분을 좀 감안하면, 여러 가지 제가 자료를 검토를 했더니 2015년도 암환자 지원 사업 예산에 적어도 30억 정도가 부족해서 건보 환자에서 4800명 정도에 대한 지급이 이루어지지 않을 것으로 추계된다, 이 자료가 있습니다. 그래서 장관님께서도 관심 갖고 다시 한 번 검토해 주시고요, 예산 반영에 이것이 될 수 있을지 충분히 마지막까지 노력해 주시기를 부탁드립니다.

보건복지부장관 문형표 그렇게 하도록 하겠습니다.

인재근 위원 (전략) 포괄간호서비스 시범사업에 대해서 묻겠습니다.

2004년 포괄간호서비스 시범사업 예산은 185억 6000원이었습니다. 그런데 내년예산이 한 푼도 책정되지 않았습니다. 이와 관련해서 기재부에서는 당초 15년부터는 건강보험 수가를 적용할 계획이었기 때문에 예산을 편성하지 않았다고 합니다. 올해부터 시범사업에 참여한 15개의 공공병원은 사업 운영과 제도 적응이 충분히 되지 않은 상황입니다.

이런 상황에서 내년부터 예산이 아닌 보험 수가로 변경될 경우 민간병원에 비해서 상대적으로 저소득층 환자가 많은 공공병원들은 본인 부담 발생 등으로 인해서 병동 운영이 사실상 불가능해질 것이라는 우려가 큼니다.

이에 대해서 장관님 어떻게 생각하시는지요?

보건복지부장관 문형표 지적해 주신 대로 민간병원에 비해서 공공병원은 시범사업 기간이 너무 짧습니다. 그래서 아직까지 충분한 준비가 안 된 상황인데요, 그래서 만일 예산이 확보될 수 있다면 저희가 좀 더 충분히 준비할 수 있는 기간이 될 수 있을 것 같

습니다. 그리고 또 가입자를 모집하는 데서도 상당히 도움이 될 것이라고 생각하고 있습니다.

인재근 위원 결국 공공병원의 참여가 더욱 어려워져서 사업 자체가 좌초될 것이라는 우려도 큼니다. 저는 최소한 공공병원의 해당 사업 수가 전환은 아직 시기상조라고 생각하는데 이에 대해서는 장관님 어떻게 생각하십니까?

보건복지부장관 문형표 예, 말씀드린 대로 공공병원의 경우에 좀 더 시범사업 기간을 연장해서 국고로 지원이 될 수 있다면 준비를 철저히 한 다음에 건강보험으로 적용하는 것이 순서라고 생각하고 있습니다.

인재근 위원 그러면 잘 부탁드립니다.

안철수 위원 (전략)그리고 또 건강보험료 지원사업 경우 잘 아실 겁니다. 법에서 예상 수입액 20%를 공단에 지원해야 되는데 지금까지 계속 못 했습니다. 그래서 건정심에서 결정을 앞당겨서 지난 6월에 결정을 했음에도 불구하고 또 1조 7645억 적게 편성되었습니다. 이 부분 어떻게 해결하시겠습니까?

보건복지부장관 문형표 매년 계속 반복되고 있는 현상으로 알고 있습니다.

그래서 저희가 이번에도 하여튼 재정당국하고 계속 협의를 해서 끝까지 좀 더 노력을 하도록 하겠습니다.

안철수 위원 그리고 또 추가로 한 가지 정도 더 제안을 드리고 싶은데요.

지금 공무원 복지포인트, 월정직책급, 특정업무경비

모두 다 건보료나 세금이 부과되지 않고 있는데 일반 국민들은 내고 있습니다. 그래서 이런 부분들도 공무원 보수체계 개편하고 건보료 부과대상에 편입이 필요하다고 생각하는데 어떠십니까?

보건복지부장관 문형표 지금 상황이 형평성에 맞지 않는 것으로 판단하고 있습니다. 그래서 어쨌든 형평성을 맞춰야 된다고 생각하고요. 그것에 대해서는 관계부처들하고 같이 논의해야 될 사항으로 알고 있습니다.

안철수 위원 이상입니다.

신경림 위원 장관님께 응급의료 홍보예산 증액 필요성에 대해서 말씀드리겠습니다. 중증응급환자의 119 구급차 이용 독려를 위한 홍보예산 증액이 필요한데요.

본 위원이 2011년부터 14년 6월까지 중증응급환자의 내원 수단을 확인해 봤습니다. 그랬더니 119 구급차 이용이 40.1%로 가장 많았고 자동차나 도보 등을 이용한 기타 이용이 33.5%, 의료기관 구급차나 민간 구급차 이용이 26.4%로 나타났습니다.

적정 시간 내 최종치료기관 도착 비율은 119구급차가 72.3%인 반면에 기타는 38.9%, 의료기관이나 민간구급차는 28.8%로 나타났습니다. 즉 119구급차가 적정 시간 내 의료기관 도착 비율이 가장 높은데도 불구하고 다른 이용 수단을 이용한 이유를 확인해 봤더니 자동차 등은 문제 발생 장소에서 의료기관으로 한 번만 이동하는 데 반해서 119구급차는 신고장소에 왔다가 의료기관에 가야 하므로 두 번 이동하여 시간이 더 소요될 것이라고 생각하고 있었기 때문입니다.

그런데 자동차, 자가용은 도로에서 빨리 이동할 수가 없고 적절한 치료기관을 선택할 수가 없어서 이 병원 저 병원으로 이동하다 시간을 보내는 반면에 119구급차는 도로에서 빨리 이동할 수 있고 이송 도중에 의료진이나 장비, 병상 등을 파악해서 환자 치료에 가장 적합한 의료기관으로 바로 이송하여 시간 지연이 없었습니다.

그런데 응급의료 홍보예산을 살펴보니 12년부터 15년까지 9억 3,000만 원으로 동결이 되었고 내용도 응급의료정책 소개 및 심폐소생술에만 초점이 맞춰져 있습니다.

장관님께, 2013년부터 17년 응급의료기본계획의 정책 추진방향 중에는 중증 응급환자가 골든타임 내에 최종치료를 받게 한다라는 내용이 들어 있습니다. 그렇다면 중증 응급환자의 119구급차 이용 확대 및 119구급차 길 터주기 홍보를 위한 예산 증액이 필요하다고 보는데 장관님 견해는 어떠신지요?

보건복지부장관 문형표 말씀하신 대로 119구급차 이용에 대한 홍보가 필요하다고 생각을 하고요, 말씀하신 골든타임 내에 최종치료기관에 도착하는 것이 가장 중요하기 때문에, 예산이 부족했고 또 그동안 우리 노력도 좀 부족했던 것 같습니다. 그래서 예산이 보강이 되면 저희가 홍보를 더욱더 강화하도록 하겠습니다.(후략)

박운옥 위원 (전략) 베이비붐 세대가 정년퇴직하는 2020년 이후에는 초고령사회가 출현하고 복지지출이 기하급수적으로 늘어납니다. 경제활동 인구, 생산가능 인구가 줄어드는데 이 복지예산 누가 부담할 겁니까? 국민연금, 건강보험 어떻게 하실 겁니까? 인구가 주는데요, 지금 출산율로 예측하면 2050년

에는 청년 1명에 노인 4명을 부양해야 합니다. OECD 예측으로는 잠재 경제성장률이 0%에 수렴하는 수준입니다. 이렇게 되면 국가파산 사태가 올 수도 있지 않겠습니까? 다시 세계 최빈국으로 전락하지 말라는 법도 없습니다.

어제 대정부질문에서도, 또 교섭단체 대표연설에서도 말씀하셨지만 지금 국정의 최상의 과제는 저출산 극복이 되어야 합니다. 저출산 극복에는 여당도 야당도 없습니다. 국가의 존폐가 걸린 일이기 때문입니다. (중략) 당장 내년 예산을 시급히, 저출산 극복을 위한 국민참여 활성화사업을 신규로 신설하고 인식개선사업과 비슷한 수준의 30억 정도는 배정해야 된다고 봅니다. 이제는 말보다 몸이 움직일 때입니다. 정부의 저출산 극복을 위한 의지를 보여 주시기를 바라면서 장관님의 의견을 말씀해 주십시오.

보건복지부장관 문형표 말씀하신 대로 저출산에 대해서는 저희 부처가 혼자서 할 수 있는 일이 아니겠습니다마는 분명히 컨트롤타워 역할을 해야 된다고 생각합니다. 그리고 거기에 맞는 어떤 예산과 인력과 조직이 필요하다고 생각하고요.

지적하신 대로 30억 정도의, 최소 적어도 그 정도는 필요하다고 생각합니다. 그래서 위원님께서 도와주시면 저희들이 최대한 노력하도록 하겠습니다.

이목희 위원 양전자 단층촬영, PET 한번 물어보겠습니다.

PET는 유용한 검진 수단이긴 합니다만 사실은 방사능 피폭 양이 많기 때문에 과사용되면 안 된다 이것은 국민들도 알고 계신데 복지부가 올해 12월 1일부터 새로운 고시를 공포했어요.

그런데 이 고시를 보니깐 이것 왜 이렇게…… 이것

장관이 잘 모르면 누가 대답해 보세요. 왜 이렇게 바뀌었어요?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 건강보험정책국장입니다. 종전에는 PET를 필요한 시기에 촬영을 하도록 했는데 다만 횟수 같은 걸 제한했습니다. 그래서 인정한 횟수의 범위를 벗어나면 건강보험 적용이 안 되고 비급여로 적용이 되었었는데 이번에 바꾼 이유는 건강보험에서 촬영하는 비용을 비급여는 없애고 일단 필요하면 촬영하면 다 급여로 해 주겠다는 차원에서 이번에 기준을 바꾸었습니다. 그 바꾸는 과정에서 PET가 여러 가지 방사성 노출 양도 많고 하기 때문에 의료진이 PET를 촬영해서 암의 전이나 이것을 꼭 볼 필요가 있다고 인정이 되면 PET를 촬영하게 하고 거기에 드는 비용은 건강보험을 지원해 주겠다……

이목희 위원 이게 꼭 저번에 얘기했던 스텐트하고 비슷한 일을 하고 있어요.

이렇게 되면 환자들에게 정신적·육체적·경제적 문제가 생겨요. 예컨대 유방암 환자는 PET 검사를 대체하려면 5개 다른 검사를 해야 돼요. 암 전이 시 조기 발견이 늦어질 수 있어서 고통을 줄 수가 있어요. 그다음에 유방암 재발 시에 보면 증상이 있는 경우를 제외하면 PET가 31%, 초음파가 14%, 유방 사진 촬영이 11% 이래요.

보통 암환자는 6개월, 1년 단위로 예약을 하고 병원을 방문하는데 PET 검사를 예약했어도 12월 1일이 지나면 PET 검사를 못 받지요?

또 하나는 암 관련 10개 학회가 공동으로 이번 고시를 반대한다고 성명을 냈지요? 아나요?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 예, 알고 있습니다.

이목희 위원 뭘 복지부가 하면…… 나는 이분들의 말이 진신진미하다고 생각지는 않아요. 그러나 어쨌든 10개 학회가 반대했잖아요. 왜 이런 일을 할 때 이분들과 대화를 안 하나요?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 사전에 급여 기준을 만들어서 논의를 하였는데요. 그래서 지금 일정 부분 급여기준을 만들 때 필요성이 있다고 인정하는 부분에 대해서 촬영하는 것이 좋다는 의견들로 많이 모아졌습니다. 그러나……

이목희 위원 아니, 이게 개인이 반대한 게 아니라 10개 학회가 반대성명을 냈잖아요.

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 학회는 반대성명 냈습니다마는 급여기준 만드는 데 관련 전문가들과 같이 모여서 얘기했습니다.

이목희 위원 내가 한마디 더…… 다시 한번 의논을 해 보세요. 나는 이분들, 반대성명을 낸 분들의 주장이 100% 옳아서 이 말하는 게 아니에요. 환자들의 육체적·경제적·정신적 여러 가지 문제가 많이 있을 것 같아요. 나는 PET를 많이 쓰는 일에 찬성하는 사람이 아니에요.

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 그런 문제점 검토하겠습니다.

이목희 위원 또 하나는 이미 예약한 환자들에 대해

서는 유예조치가 필요해요.

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 그 부분은 검토해 보겠습니다.

이목희 위원 그러면 그렇게 할 겁니다. 한국형 영유아 정밀발달검사 개발사업이 있었어요. 이게 2012년부터 3개년 연속과제로 되다가 지난해에 중단되었어요. 대체사업으로 만들었어요. 자폐성장애 영유아를 위한 한국형 조기 선별서비스 개발사업 이런 걸 만들었어요.

그런데 지금 이 조기 선별서비스 개발사업 이것은 뭐냐 하면 발달성 장애를 보이는 많은 아동 중에서 자폐성장애를 가진 한 10% 정도의 어린 아이들만 대상으로 하는 선별검사예요. 그러니까 전체적인 발달 정밀도검사가 없는 상태에서 자폐성 아동에 대해서 선별검사만 하는 거예요. 이거 3차년도, 2년 연속 계속된 한국형 영유아 정밀발달검사 개발사업 이거 예산 편성해야 되는 것 아닌가요?

보건복지부장관 문형표 지금 현재 2차년도 연구가 되고 있습니다. 그래서 아직, 결과가 나올 예정인데 그 연구 결과를 보고서 저희가 어떻게 할 것인가를 같이 결정하도록 해야 될 것 같습니다.

이목희 위원 그러니까 엉뚱한 걸 끼워 넣고 이걸 안 했던 말이에요. 예를 들면 희망리본사업도 4년 동안 시범사업 하다가 두 해 하고 그만두고 이젠 또 하던 걸 왜 이렇게 하냐고요. 이게 예산이 보니까 1억 700만 원인가 그것밖에 안 되는데……

보건복지부장관 문형표 1억 원 정도 들어갑니다.

이목희 위원 그러니까 하시란 말이에요, 이거 우리가 예산심사 다시 편성할 테니까요.

보건복지부장관 문형표 예, 알겠습니다.

최동익 위원 (전략)복지부 예산은 아니지만 또 코이카에서 병원을 하나 지어줬어요. 아주 잘 지어줘 가지고, 라오스에 있는 유일한 아동병원이에요. 그런데 여기가 문제가 생겼어요. 그 의료 인력들이 이제는 군대 면역 프로그램이 없기 때문에 이렇게 건물을 잘 지어 놓고, 250억 300억 들여서 건물을 우리나라가 지어 주고는 한국 의사들이 지금 다 연말에 다 돌아와야 된대요. 후임자가 없대요.

이렇게 해외에 나가 가지고 우리가 의료사업들을 하고 있는데 이런 인력들이 제대로 해 가지고 의료산업이라든가 우리나라의 의료관광이라든가 해외에 어떤 의료 진출 이런 것을 다 하고 있는데, 이제는 갈 후임 의사가 없어 가지고 이 병원이 완전히 동네병원 수준으로 전락하게 돼 있어요.

이것 외교부하고 국방부하고 협의해 가지고 이런 지금 외국에 나가 있는 우리나라 인력대체 문제 아니면 어떤 인력을 확보할 것인가 이것에 대한 대책을 좀 마련해 가지고 보고를 해 주세요.

보건복지부장관 문형표 예, 검토하고 보고드리겠습니다.

양승조 위원 지난번에 박근혜 대통령께서 대선에서 증세 없는 복지를 약속하셨습니다. 그런데 지금은 증세 없는 복지는 어디로 간 데 없고 복지 없는 증세로 변질되었다 이런 비판과 지적이 있습니다. 이런 관점에서 구체적인 사업별 질의에 앞서서 전체적으

로 보건복지부 예산에 대해 몇 가지 문제를 지적하고자 합니다.

첫째, 복지예산 증가의 착시현상입니다.

보건복지부 예산이 2014년 대비 10.7%, 5조 373억원이 증가했다고 하지만 사회복지 분야는 기초연금 증가분이, 보건의료 분야는 금연사업 증가분이 대부분을 차지하고 있습니다. 그 점도 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

양승조 위원 금연 지원이 113억에서 1521억으로 1408억 원 정도가 늘어났는데 이는 보건의료예산 증가액 3124억 원의 45%를 차지합니다. 또 사회복지 예산 증가분 3조 9471억 가운데 기초연금 증가가 2조 3823억 원으로 사회복지예산 증가의 60%입니다. 이 점도 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

양승조 위원 이 두 가지 부분을 빼면 대체로 실제로 꼭 절실하게 필요한 복지예산들 대부분 동결되거나 오히려 후퇴했다 이런 지적을 하고자 합니다.

두 번째, 예산을 연례적으로 과소 편성하여 사업 추진에 부담을 주는 것에 대한 지적입니다.

생계급여와 의료급여 그리고 건강보험지원금, 노인 장기요양보험 사업운영 등 법정지출사업의 과소 추계가 연례적으로 반복되고 있습니다.

별써 수년간 동일한 문제가 지적되고 있음에도 계속 과소 추계와 예산 축소 편성을 반복하는 것은 국회의 예산 심의에 대한 무시일 뿐만 아니라 실질적으로 사업 시행 주체와 수혜자를 위축시켜 복지혜택 축소로 이어지는 문제라고 생각합니다. 그런 면에서

시정해 주셔야 됩니다. 장관님, 어떻습니까?

또 세 번째, 실질적인 복지 후퇴로 이어지는 지원단가와 사업비 동결 문제입니다.

대표적으로 5년째 단가가 동결되는 보육료, 8년째 동결되는 장애수당을 비롯해서 신생아집중치료실 지원 문제, 중증장애인자립생활지원사업, 분만취약지 산부인과 설치 지원, 정신건강증진사업, 광역정신건강증진센터 지원, 장애인인권침해예방센터 운영 등은 단가나 사업비가 3년 이상 동결되어 실질적으로 복지정책의 후퇴를 야기하고 있습니다. 이 점도 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

이명수 위원 장관님, 보건복지부에서 처음에 기재부에 요청한 것에 비해서 지금 반영율이 몇 %입니까?

보건복지부장관 문형표 제가 정확히 계산은 못 했습니다.

이명수 위원 통계가 중요한 건 아닌데 그런 경우 더 노력해 달라는 말씀이고요.

그다음에 보건복지부 예산 중에 매년 소위 경직적으로 재반복적으로 들어가야 되는 예산의 비율이 어느 정도 됩니까? 구조적인 경직성 때문에 그렇습니다. 고정적으로 거기 들어가야 할 비용이 뭐가 있느냐 하는 겁니다.

보건복지부장관 문형표 예, 의무지출이 한 80% 정도 되는 것 같습니다.

이명수 위원 정부 차원의 중기 보건복지계획은 있습니다.

보건복지부장관 문형표 저희도 세우고 있습니다.

이명수 위원 그게 있어야 돼요. 정부 차원의 복지를 포함한 전체 중기재정계획이란 게 있습니다. 중장기 예산이나 이런 걸 좀 어떻게 국가재정 움직이겠다는……

보건복지부장관 문형표 사회보장 기본계획도 있습니다.

이명수 위원 복지 분야 당연히 있어야 되지요.

보건복지부장관 문형표 예.

이명수 위원 그거와 이게 지금 같이 연계가 되고 있느냐 그것도 생각해 보고, 중기계획 따로 이런 매년 편성 따로 이게 안 된다는 거지요.

문정림 위원 희귀난치성 유전질환자 지원 사업 예산 관련해서 여쭙 보겠는데요. 2014년 예산이 297억인데 2015년 예산이 267억으로 30억 삭감됐습니다. 내용 혹시 알고 계십니까?

보건복지부장관 문형표 예, 알고 있습니다.

문정림 위원 왜 삭감됐는지 알고 계십니까?

보건복지부장관 문형표 두 가지 요인인데요, 우선 제도적으로 약간 변화가 있었습니다. 그래서 기존에

는 전체 국고로 지원하다가 앞으로는 본인 부담의 지원을 500만 원까지만 하고 그 이상은 건강보험에서 지원하는 식으로 제도가 바뀐 것이 한 가지 측면이고요. 또 하나는 내부적인 어떤 요인이 있었던 걸로 알고 있습니다.

문정림 위원 예. 저도 이제 삭감 요인을 좀 확인해 봤습니다. 지금 말씀하신 내용 포함해서 제도 개편과 관련해서 30억이 삭감된 것으로 되어 있는데요. 그 내용을 보니까 희귀난치성 질환자 의료비 지원 부분 중에서 호흡보조기 대여료, 간병비 부분이 지금 예산대로라면 2015년에 문제가 좀 될 소지가 있을 것 같습니다.

그래서 제가 지난 국감 때도 루게릭 환자 또 근위축성 측삭경화증, 다른 말이지요. 그래서 아이스버킷 관련해서 여러 가지가 있었지만 재가 호흡보조기 지원에 관해서 건강보험으로 할 것인지 아니면 다른 기금으로 할 것인지 이런 것에 대한 전적인 지원 문제를 한번 검토할 필요가 있다라는 말씀을 드렸고, 또 중환자실 이용에 어려움이 있기 때문에 일반병실을 중환자실처럼 이용하는 경우에 특수병실로 같은 것도 한번 고려해 보십사 말씀드렸고 또 그 부분을 검토해 보시겠다 하신 적이 있거든요.

국감 때 일이지만 하여튼 내년 예산에 보면 호흡보조기 대여료가 지금대로라면 보장성 강화 부분 여러 가지를 감안해서 예산을 줄이다 보니까 4개월 부분, 간병비도 8개월 부분만 계상되어 있다 이렇게 되어 있습니다.

그래서 전년도와 금년도 제도가 바뀌었다 하더라도 이런 부분에 좀 문제가 있기 때문에 같은 대상자가 연도가 바뀌면서 다른 이런 문제가 생기게 됩니다. 그래서 이런 부분을 어떻게 할 것인지 내부적으로

검토를 하시고요. 앞으로 남은 기간 동안이라도 노력하실 수 있는지 좀 검토 부탁드립니다.

보건복지부장관 문형표 예, 최대한 빨리 검토하도록 하겠습니다.

문정림 위원 예, 고맙습니다.

김용익 위원 저는 건강증진기금의 목적 외 사용 부분에 대해서 질의드리겠습니다.

이번에 담뱃값 인상 요구를 하시면서 제가 여러 차례에 걸쳐서 건강증진기금이 목적 내에 사용되는 것이 담뱃값 인상의 전제가 되어야 된다고 하는 말씀을 드린 바가 있습니다.

역사적으로 보면 12년부터 3개년 동안 매년, 작년 같으면 1,800억 원에서 많으면 4,300억의 예산을 보건복지부도 기획재정부에게 일반 예산으로 전환시켜 달라는 요구를 한 것으로 알고 있고, 그런데 매년 그게 기재부 반대로 무산이 되었습니다. 금년도 예산에서 건강증진기금 중에 목적 외 예산편성 내역을 살펴보면 전부 16개 사업에 여전히 3,010억 원 액수의 목적 외 사용 예산이 있음을 볼 수 있습니다. 그런데 게다가 지금 저 예산이 복지부가 요구한 것보다 오히려 182억 원이나 더 증액을 해서 기재부가 편성을 해 놓았습니다. 또 보건복지부는 이번에는 일반예산으로 넘기라는 요구 자체를 하지 않고 있고 그리고 원격의료 제도화를 하는 저 문제에 9억 9,000만 원의 예산편성을 해 놓고 있습니다.

저는 개인적으로 담뱃값 인상을 좀 했으면 하는 생각을 가지고 있고 보건복지부하고 그 부분에 대해서는 여러 가지 협조할 용의가 있는데 이런 식으로 지금 건강증진기금의 사용을 목적 외로 계속 사용을

하고 있으면 저도 참 협조하기가 난감하네요. 게다가 또 잘 아시겠지만 제가 원격의료 시범사업 부분은 찬성을 하고 있지 않은데 저런 예산까지 건강증진기금으로 쓰겠다고 이렇게 예산을 내놓으시면 좀 곤란하지요. 어떠세요?

보건복지부장관 문형표 위원님 지적하신 문제가 오랫동안 계속되고 있는 데 대해서 송구스럽게 생각합니다. 그래서 2015년에는 저희가 이관 요청을 하지 않았다고 하지만 저희가 이번에도 이관 요청을 했는데 반영이 되지 못했다 하는 점을 말씀드리겠습니다. 그리고 두 번째는 담뱃값 인상에 대해서는 이러한 기존 예산에서의 조정을 저희가 못했습니다마는 신규로 늘어나는 금액에 대해서는 저희가 1,500억 이상을 금연사업에다가 쓰겠다 하는 의지를 밝혔고요. 그렇게 예산을 배정했다는 점을 좀 이해해 주셨으면 합니다.

그리고 원격의료 제도화사업도 건강증진기금의 직접적인 목적에 맞지 않는 측면은 있었습니다마는 원격의료 제도화를 하기 위한 후속조치나 가이드라인 마련하는 데 대해서 꼭 필요한 예산이기 때문에 반영했다는 점을 말씀드리겠습니다.

김용익 위원 그 말씀은 따지고 들면 한이 없는데 그러면 금년도의 예산을 보더라도 4,600억 정도의 부채가 추가가 될 예정이잖아요, 2015년에도?

보건복지부장관 문형표 예.

김용익 위원 그러면 이번에 담뱃값을 인상하겠다고 해서, 인상을 전제로 해서 지금 예산편성을 다 해 놓으셨는데 담뱃값을 인상할 때에 그걸 계기로 해서

건강증진기금을 바로잡지 않으면 언제 바로잡으시려고요? 그러니까 이번 증액을, 이번에 담뱃값 인상을 시도할 때 저 예산을 바로잡고 공공자금관리기금에서 입체를 해오는 것을 이번에 중단을 하고 조금이라도 좀 갚아나가고 이러면서 저걸 정상화를 해야 앞으로도 금연사업을, 가격정책을 활용해 나가는데 무슨 기반이 잡히고 방향이 잡히지 이번에도 저걸 기재부가 반대한다 그래서 꼼짝없이 또 똑같은 방식으로 빚을 내서 목적 외 사용을 하고 그렇게 하면서 담뱃값은 또 올려달라고 하고 올린 부분은 잘 쓸 테니까 좀 봐달라 이런 식으로 얘기를 하시면 이거는 예산 심의가 안 되지요. 그리고 담뱃값 인상 부분이 어떻게 합리적으로 논의가 되겠어요.

보건복지부장관 문형표 예, 위원님의 지적이 옳습니다. 그래서 그런 측면이 분명히 있습니다마는 저희가 그렇게 하기 위해서는 일반회계예산으로 이관을 해야 되는데 현재 정부예산 사정이 그렇게 좋지 않은 상황이어서 그것을 추진하기에 좀 어려움이 있었다는 말씀드리고요. 앞으로도 계속 노력을 하겠습니다.

김용익 위원 한마디만 더 하고 제 말씀 마치겠는데 그러면 개별소비세까지 끼워 넣어 가지고 국고 수입을 늘리려고 하는데 개별소비세는 받아서 건강증진기금을 바로잡는 데는 한 푼도 쓰지 않고 그러면 개별소비세는 또 왜 들어가는 거예요? 안전예산에 쓰시겠다 그런 말씀을 기재부장관이 하셨다는 말은 들었어요. 그런데 개별소비세를 넣으면 최소한도 저거나 바로잡고 그다음에 나머지를 어떻게 하든지 해야 그래도 개별소비세가 조금이라도 타당성이 생길 것 아니에요? 지금 정부에서 내놓은 담뱃값 인상 방안과 금년도의 건강증진예산을 살펴보면 도대체 앞뒤

가 아무것도 안 맞잖아요.

보건복지부장관 문형표 그래서 기존 예산에 대한 조정 문제는 저희가 조금 더 시간을 주시면 계속 노력을 하겠습니다. 그러나 이번에 신규로 늘어나는 예산에 대해서는 저희가 최대한 금연사업에 배정을 해서 차질이 없도록 그렇게 진행하겠습니다.

김용익 위원 그러면 나도 담뱃값 인상하는 데 협조를 못하지.

박윤옥 위원 저출산 관련 질의 두 가지 하겠습니다. 영유아의 건강관리사업과 아동안전사고 예방사업에 대한 것입니다.

장관님께 영유아들의 사전예방적 건강관리와 관련하여 질의하도록 하겠습니다.

우리나라 출산율이 지속적으로 하락하는 다양한 원인 중에서 눈여겨봐야 할 점은 결혼 자체를 기피하거나 뒤로 미루는 미혼율과 만혼율이 증가하고 있다는 것입니다. 그렇다 보니 35세 이상 비교적 늦은 나이에 자녀를 출산하는 고령산모들이 꾸준히 증가하고 있고 다양한 원인들이 존재하겠지만 저체중아, 조산아와 같은 미숙아와 선천성이상아 비율 또한 함께 증가하고 있습니다. 이에 따라서 결혼 혹은 출산을 앞둔 부모들이 새로 태어날 자녀 건강에 대한 걱정과 혹시 모를 상황을 대비하여 필요할 수도 있는 의료비용, 즉 생각보다 만만치 않은 비용 문제를 생각하다 보니 출산에 대한 두려움과 우려가 커져가고 있는 것 같습니다. 그야말로 면역체계가 약하고 신체·장기들이 아직 온전하지 못한 신생아들에게는 출생 후 시기적절한 치료와 보살핌이 즉각적으로 이루어져야 하기 때문에 예비부모들의 어깨를 무겁게

만드는 것이지요.

장관님, 현재 복지부에서 월 평균소득 150% 이하인 가구 대상으로 이러한 영유아 건강관리 지원사업을 추진하고 있지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

박윤옥 위원 그래서 제가 최근 5년간 예산집행 현황을 살펴봤더니 매년마다 지원예산이 부족해서 기금운용계획을 변경하고 또 변경하고, 그게 아니면 지연해서 지급하고, 소위 아랫돌 빼서 윗돌 괴고 이렇게 메워왔더라구요. 이것 문제 있는 것 아닌가요?

보건복지부장관 문형표 예.

박윤옥 위원 이번 2015년 예산도 마찬가지입니다. 제가 지원대상에 해당하는 1만 3000명 기준으로 추산을 해 봤더니 대략 158억 정도는 필요해 보이는데 현재 예산안에는 93억밖에 반영이 되어 있지 않더라고요.

장관님, 이제부터 저출산 문제를 극복하기 위해서는 현재 새로 출발하는 부모들이 아이를 낳고 키우는 일에 걱정을 줄일 수 있도록 획기적이고 더 과감한 정책 변화가 필요합니다. 이번 신생아 건강관리에 부족한 예산 65억 꼭 증액할 수 있도록 노력해 주셔서 새로 태어나는 아이들이 적절한 타이밍을 놓치지 않고 조기치료를 받아 건강하게 자랄 수 있도록 장관님께서 노력해 주시길 바랍니다.

또한 장기적으로 부모들이 출산에 대한 두려움과 자녀 건강에 대한 걱정을 줄이기 위해서 출산 문제에서는 국가가 적극적으로 나서서 보호해 준다 하는 그런 믿음을 줄 수 있어야 합니다. 출산 전 검진검

사, 출산 후 미숙아와 같은 신생아들의 의료비, 부담이 큰 비급여항목의 경우에는 급여로 전환할 수 있도록 방안을 적극적으로 검토해 주셔서 마련해 주시길 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 하겠습니다.

이목희 위원 포괄간호서비스는 지금 대략 아주 성공적인 사업으로 평가를 받고 있습니다. 그리고 내년부터는 간병 배정, 건강보험수가 적용이 이루어지는데요. 그런데 여기서 좀 문제가 생기는 게 저소득층이 주로 이용하는 공공병원 이런 데서는 역시 이것도 부담일 수 있다 이렇게 생각합니다.

올해부터 시범사업에 참여한 공공병원 보니까 15개 이던데요. 사업 운영, 제도 적응 이게 아직 잘 안 되어 있는 상태다 이렇게 봐야 할 것 같습니다.

사실 이런 공공병원은 민간병원에 비해서 상대적으로 저소득층 환자가 많습니다. 본인부담 발생으로 인해 사실은 병동 운영이 어려워질 수 있지 않느냐 싶습니다. 그래서 이걸 뭐 계속 갈 수는 없다 하더라도 최소한 공공병원은 시범사업 운영을 당분간 유지할 필요가 있지 않나요, 어떻습니까?

보건복지부장관 문형표 예, 말씀하신 대로 지금 공공병원의 시범사업 기간이 상당히 짧습니다. 그래서 조금 더 충실하게 시범사업 운영을 해야 되는데 그 예산이 국고에서 이번엔 반영이 되지 못했습니다. 그래서 그런 측면은 아쉬운 점이 있습니다.

이목희 위원 어쨌든 이거는 제가 보기는 여야 합의로 증액을 하고요, 예결위 가서도 좀 지켜 내고 할 필요가 있지 않느냐 싶습니다.

보건복지부장관 문형표 예, 감사합니다.

이목희 위원 그다음에요, 내가 이거 여러 번 얘기한 건데요, 제가 보건복지에 보면 우선 보건의료만 봐도 의사·치과의사·한의사·약사·간호사 이런 직역이 많이 있잖아요? 그런데 보면 우리가, 정부는 ‘고유 의학인 한의약을 발전시키겠다’ 이런 말은 하는데 실제로 R&D 투자는 여러 번 강조했습니다만 아주 적습니다.

한의학의 경쟁력 강화를 위해서는 과학화·표준화 이런 것이 이루어져야 하는데, 따라서 한의임상진료지침 이런 게 개발돼야 하는데 지금 2015년 예산에 한 푼도 없습니다.

제가 기록을 보니까 2008년 7월부터 2013년 6월까지 화병·근골격계 질환의 침구임상진료지침 이런 것이 개발 보급돼 있고 예산은 합쳐서 23억 들었더라고요. 이 결과물은 국내는 물론 해외에도 보급된 상태입니다.

자, 표준한의임상진료지침 이거 큰돈 드는 것도 아닌데 이거 좀 만들어야 되지 않나요?

보건복지부장관 문형표 예, 계속 노력이 필요하다고 생각합니다.

이목희 위원 그래서요 이거 역시도, 이게 뭐 수백억이라면 모르겠는데 한 30억 든다고 하니까요, 이것도 증액할 필요가 있다고 생각합니다.

보건복지부장관 문형표 예, 노력하겠습니다.

위원장 김춘진 농어촌 지역에 의료시설이 어떻게 됩니까?

보건복지부장관 문형표 의료 취약지역들이 많이 있는 것으로 알고 있습니다.

위원장 김춘진 특히 섬 지역은 아주 취약하지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

위원장 김춘진 그리고 혹시 가장 낮은 데가, 예를 들어서 환자가 발생했다 그러면 구조구급대가 10분 이내에 도착하는 읍이 제일 낮은 데가 어느 도인지 아십니까?

보건복지부장관 문형표 제가 확실히는 모르겠습니다. 다만 섬 지역이 많다고 하면 호남지역이 될 것 같습니다.

위원장 김춘진 얼마나 될 것 같습니다? 10분 이내에 도착하는 읍.

보건복지부장관 문형표 상당히 낮은 것으로 알고 있습니다.

위원장 김춘진 전라북도가 제일 낮는데 반절뿐이 안 돼요, 50%. 그래서 의료시설 확충이 필요해요. 그다음에 낮은 데가 충청북도입니다. 충청북도도 한 50% 조금 넘습니다.

그래서 골든타임이라고 해서요 환자가 발생해서 응급처치를 빨리 하지 않으면 특히 심혈관 질환이나 뇌졸중에선 아주 치명적입니다. 그래서 이러한 의료시설 확충이 특히 필요해요. 산부인과 없는 지역도

많이 있고요. 그래서 여기에 예산을 좀 확대해 주실 것을 부탁드립니다.

보건복지부장관 문형표 예, 계속 노력하겠습니다.

위원장 김춘진 그리고 건강증진기금에서 건강 생활을 지원을 해야 돼요. 건강 증진하는 쪽에 돈을 써야 되거든요.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 쓰려고 노력하고 있습니다.

위원장 김춘진 그래서 건강생활지원센터 수요가 많으니까 이 부분에도 예산을 좀 증액해 주실 것을 부탁드립니다.

보건복지부장관 문형표 예, 알겠습니다.

박윤옥 위원 장관님께 심평원의 투명성 강화와 관련해서 질의하겠습니다.

장관님, 지난 국정감사에서 심평원의 투명성 확보 방안에 대해서 지적드린 바 있습니다. 기억하시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

박윤옥 위원 심평원에는 274개의 위원회가 있습니다. 하루에 10개가 넘는 회의를 열고 있습니다. 위원들은 3000명 정도 됩니다. 이 모든 회의가 중요한 결정을 많이 합니다.

이 모든 회의의 회의록, 회의자료, 결과보고서 대부분이 비공개이고요. 위원들 위촉할 때 검증도 하지

않고, 정말 문제가 많습니다. 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

박윤옥 위원 의사결정 과정의 투명성 확보를 위해 하루라도 빨리 심평원 내에 위원회를 관리할 수 있는 신설 조직을 마련해야 된다고 생각합니다. 이 조직이 마련되어야 위원회를 일괄 관리하고 위원의 위촉 과정에서부터 이해상충을 확실히 검증하고, 위원회가 열리면 녹취록·회의록 아카이브를 구축해서 투명성과 공정성을 확보할 수 있어야 합니다. 장관님, 동의하시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

박윤옥 위원 장관님, 이거 건보 재정으로 운용될 수 있는 항목 아닙니까? 그렇지요?

보건복지부장관 문형표 좀 알아보도록 하겠습니다.

박윤옥 위원 신규예산으로 편성할 사항은 아닌 것 같고요. 장관님 의지만 있으시면 바로 처리될 수 있는 사안이라고 봅니다. 어떻게 생각하십니까?

보건복지부장관 문형표 위원님께서 말씀하신 대로 회의의 투명성은 무엇보다 중요하고요. 하여튼 녹취록이나 회의록은 반드시 구비돼야 된다고 생각합니다. 그래서 이러한 것들을 전체 위원회에 대해서 관찰할 수 있는 관리조직의 필요성에 대해서 저희가 조속히 검토를 하고요. 또 예산 반영을 강구하도록 하겠습니다.

박윤옥 위원 예, 알겠습니다.

만약 조직 구성을 하지 않으시면 투명성 확보에 대한 의지가 없다라고 알겠습니다. 꼭 심평원이 투명성과 공정성을 확보할 수 있도록 해 주시기를 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 예, 조속히 검토하도록 하겠습니다.

최동익 위원 그다음에 미래 의료환경 대응 의로기기 평가기술 개발예산 제가 전액 삭감하라고 그랬거든요, 37억 5,000만 원? 그런데 그쪽 답변에는 그런 내용 없다는데, 다 내용 확인했는데 모바일기기 등 원격의료 장비들이 다 들어가 있어요. 그러니까 제가 이번에 라오스 갔다 와 보니까 서울대병원에서 이 산자부 예산 받아 가지고 원격의료 시범사업 했다가 다 실패하고 예산 다 날려 먹었는데 이거 처장님, 원격의료 계속 고집해서 가지고 전액 예산 삭감하시겠습니까, 아니면 그 부분만 삭감하고 반영시켜겠습니까?

식품의약품안전처장 정승 그것도 원격진료라고 표현은 안 되어 있는데……

최동익 위원 거기 모바일기기 다 있어요.

식품의약품안전처장 정승 u-헬스케어 기반 그런 연구를 한다고 그랬는데요……

최동익 위원 아닙니다.

거기서 온 자료에 다 있어요. 모바일을 통한 의로기술 연결 등등 다 있습니다.

식품의약품안전처장 정승 하여튼 위원님하고 소위

하기 전에 한 번 더 상의를 드리겠는데 저 개인적인 의견은 원격의료는 꼭 해야 된다고 판단을 하고 있고요.

최동익 위원 그러면 이 예산 전액 다 삭감합니다.

식품의약품안전처장 정승 여러 면에서 보완할 부분이 있으면 보완해야 된다고 봅니다.

최동익 위원 아니, 지금 식약처가 이 원격의료 R&D 예산을 하시겠다고 하면 이 예산 37억은 전액 삭감으로 의견을 낼 수밖에 없습니다. 그렇게 알고 계시기 바랍니다.

식품의약품안전처장 정승 위원장님, 제가 최동익 위원님 말씀하신 것 관련해서 한 말씀만 간단하게 드리겠습니다.

위원장 김춘진 예, 그렇게 하세요.

식품의약품안전처장 정승 아까 미래 의료환경 대응 의로기기 평가기술개발에 원격진료 하는 그런 것이 있다고 지적을 하셨는데요, 제가 아까 말씀드린 대로 앞으로 웨어러블 전기장치, 치료기기 그런 것들이 많이 생겨날지 모르니까 그런 평가기술을 개발하기 위한 연구를 하겠다 이렇게 되어 있습니다, 위원님. 혹시라도 저희들이 설명을 잘못 드린 부분이 있으면 차후에 설명을 드리도록 그렇게 하겠습니다.

김미희 위원 원격의료제도와 기반구축사업비로 9억 9,000만 원 지금 신청하셨는데 원격의료는 아직 법이 바뀌지도 않았고 우리 국민들이 이것을 반대하고

있는 상태에서 지금 강행하려고 하는 그러한 예산입니다. 그러므로 이 예산은 전액 삭감을 요구합니다. 다음은 지방의료원에 대한 대여사업을 국민연금기금으로 할 것을 요청합니다.

국민연금기금의 올해 여유자금은 35조 원입니다. 이 중에 1%는 복지사업에 쓸 수 있습니다. 그러면 3,500억 원인데요. 제가 여러 번 국정감사를 통해서 복지사업을 확대할 것 그리고 특히 지방의료원에 대해서 지방의료원의 현재 누적 부채가 5,600억 원인데 이러한 부채를 국민연금기금으로 대여를 해 주고 그 이자는 보건복지부에서 내도록 해서 지방의료원의 어려운 재정상태를 도와주라는 그러한 요구를 한 적이 있습니다. 그래서 이번에는 적극적으로 예산에서 이렇게 편성할 것을 요청합니다.

(중략)

다음은 한국의약품안전관리원 지원에 대한 문제입니다. 지금 부작용 수집을 위한 지역 거점병원 운영비로 24억 3,000만 원, 이것이 올해와 내년이 동결 상태인데요. 현황을 알아보니까 지금 대한약사회와 국립중앙의료원이 중앙센터로 운영되고 있고 그 외에 25개의 병원에서 이 센터를 운영하고 있는데 지금 전국에 있는 약국의 부작용을 수집하는 것은 한 곳 밖에 없습니다. 그런데 나머지 스물다섯 곳과 이 한 곳이 똑같은 그러한 지원을 받고 있다고 들었고요. 참고로 지금 부작용 발생 수집건수가 2013년에는 3,838건, 2014년에는 9월 현재만도 8300건을 받았다고 합니다. 이런 부작용 사례를 모으는 것은 굉장히 중요하고 그래서 이런 부분에 대해서는 이 예산이 더 증액될 필요가 있다고 생각합니다. 그래서 최초의 식품의약품안전처에서 요구한 29억 원이 되지 않고 지금 동결 상태로 해서 24억 3,000만 원으로

만 이렇게 동결이 되었는데 최초의 식약처 요구대로 이것을 복귀하는 것이 마땅하다고 생각합니다.(후략)

보건복지부장관 문형표 여러 지적을 해 주셨습니다. 먼저 원격의료에 대해서는 저희가 시범사업을 의료계와 원격의료의 안전성·유효성을 검증하기 위해서 지금 하는 것이고요. 또 이러한 원격의료 시범사업이 진행되면서 데이터 구축이나 가이드라인 마련 등을 위한 후속조치가 반드시 필요합니다. 그래서 이러한 점에서 예산 반영을 부탁을 드리겠습니다. 그리고 국민연금기금의 3,500억 원을 복지사업에 쓰자고는 하시지만 복지사업을 쓰는 데 조건이 있습니다. 그래서 국민연금기금의 수익성을 해치지 않는 범위 내에서 쓰도록 되어 있기 때문에 그러한 점들을 감안해서 저희가 한번 검토를 해 보겠습니다.

(중략)

그리고 국가 암관리에 대해서 그 사업이 줄어드는 이유는 4대 중증질환 보장성 강화를 하면서 암에 대한 커버리지가 넓어지고 그래서 거기에 따라서 비용이 좀 줄어들었다 하는 것들을 말씀드리겠습니다. 이상입니다.

위원장 김춘진 수고 많으셨습니다. 추가질의 하실 위원님 계십니까? 안 계시면 질의를 모두 마치도록 하겠습니다. 서면질의하신 위원님이 계십니다. (중략)서면질의에 대하여 정부 측에서는 답변서를 성실하게 작성하여 예산결산심사소위원회 개의 전에 제출하여 주시기 바랍니다. (중략)오늘 회의는 이것으로 모두 마치겠습니다. 산회를 선포합니다.

참석자

출석위원(16인)

위원장 김춘진
 위 원 김기선 김명연 김미희 김용익
 김정록 김제식 김춘진 김현숙
 남인순 문정림 신경림 안철수
 양승조 이명수 이종진 인재근

청가 위원(3인)

박윤옥 이목희 최동익

출석전문위원

수석전문위원 김승기
 전문위원 정연호

정부측 참석자

보건복지부

장관	문형표
차관	장옥주
기획조정실장	최영현
보건의료정책실장	권덕철
사회복지정책실장	김원득
인구정책실장	이태한
정책기획관	이준균
보건의료정책관	최성락
건강보험정책국장	이동욱
공공보건정책관	권준욱
건강정책국장	류근혁
보건산업정책국장	배병준
복지정책관	김원중
장애인정책국장	최종균
인구아동정책관	김현주
노인정책관	임인택
연금정책국장	조남권
보육정책관	이기일

식품의약품안전처

처장	정 승
차장	장기윤
기획조정관	유무영
식품영양안전국장	최동미
농축수산물안전국장	손문기
의약품안전국장	김관성
의료기기안전국장	강봉한

제331회 제1차 보건복지위원회

일시 : 2015년 2월 9일(월)

장소 : 보건복지위원회 회의실

위원장 김춘진 (전략) 오늘 보건복지위원회의 전체회의에서는 국민건강보험료 부과체계 개편 관련 현안보고가 진행됩니다. 지난 1월 28일 보건복지부장관은 2013년 7월 이후 지속된 국민건강보험료 부과체계 개편안에 대하여 연내 추진 중단을 선언하고 이어 2월 2일에는 건강보험료 부과체계 개선 기획단 단장이 사퇴를 선언하였습니다. (중략) 국민건강보험료는 결코 세금이라 할 수 없으나 의료급여 수급자를 제외한 모든 국민이 부담한다는 측면에서 온 국민의 주요 관심사입니다. (중략) 보건복지위원장으로서 소득 중심의 부과체계 개편을 지지하며 현안보고에 앞서 존경하는 여야위원님들과 정부에 위원장으로서 몇 가지 견해를 밝히고자 합니다.

첫째, 국민건강보험료 부과체계 개편은 그 진행이 더디더라도 소요되는 시간에 구애받지 않고 반드시 국민의 의견을 충분히 수렴하는 것을 전제로 진행되어야만 합니다. 당정은 이르면 금년 상반기까지 부과체계 개편을 추진하겠다고 밝혔습니다. 올 하반기가 되면 개편 논의와 2016년 총선 정국 등으로 인해 실질적인 개편 자체가 어려울 것이라 판단했을 수 있습니다. 그러나 국민건강보험료는 온 국민의 재정적 부담과 직결되는 주요 사안인 만큼 국민의 의견을 충분히 수렴하고 이를 신중히 조율해 나가는 과정이 필수적입니다. 둘째, 국민건강보험료 부과체계 개편을 위한 논의는 보다 공정하고 투명하게 이루어져야만 합니다. 누가, 왜, 얼마만

금을 더 부담해야 되는지에 대한 충분한 이해와 사회적 동의가 필요합니다. 셋째, 정부가 국민건강보험법 제108조에 의거 법적으로 지급해야 하는 국민건강보험 부족재원이 금년부터는 반드시 지급되어야 합니다. 지난 2011년부터 2013년까지 정부 지원금의 부족액은 무려 5조 5,000억 원에 이릅니다. 이와 같은 재원 마련이 제대로 이루어진다면 정부가 보고한 최저보험료 1만 6480원 도입으로 야기되는 127만세대의 보험료 증가에 대한 완충제로 작용하며 보험료 경감 등에 대한 요긴한 재원으로 사용될 것입니다.

넷째, 국민건강보험료 부과체계 개편은 지속가능한 국민건강보험제도를 전제로 이루어져야만 합니다. 건강보험정책연구원과 국회 예산정책처 등에 따르면 국민건강보험 재정은 2016년 적자로 전환되어 2050년에 적자 규모가 102조 원까지 불어날 것으로 예상하고 있습니다. 뿐만 아니라 예산정책처 자료에 따르면 2014년 8조 1,000억이었던 건강보험 재정지출은 급속한 고령화 현상으로 인해 매년 5.5% 씩 증가하여 오는 2060년 71조2,000억 원에 육박할 것이라고 합니다. 국민건강보험 재정적자는 곧 의료보장의 약화를 의미합니다. 마지막으로 정부는 지역가입자의 과세 자료 확충에 힘을 쏟아야만 합니다. 국민건강보험은 우리나라 사회보험 중 국민연금과 함께 모든 국민의 삶의 질을 결정하는 가장 중요한 제도라 할 수 있습니다. 지난 2000년 지역보험과 직장보험을 통합할 당시 지역가입자의 과세 자료 부족으로 인해 부과체계는 불가피하게 이원화될 수밖에 없었습니다. 그러나 국민건강보험 통합 이후 15년이 지난 지금까지도 지역가입자 절반 이상에 대하여 아무런 과세 자료가 없습니다. 따라서 보건복지부는 국세청 등의 관련 부처와 적극 협조하여 과세 자료를

시급히 확충할 수 있도록 노력해야 할 것입니다. 이제 국민건강보험료 부과체계 개편에 대한 국민적 관심과 함께 본격적인 논의가 이루어지기 시작했습니다. 개편안이 확정된다 하더라도 지급과 같이 소득과 악률이 저조하다면 국민건강보험제도에 대한 국민의 불만과 불신은 지속될 것입니다. 장관님을 비롯한 보건복지부 관계자 여러분 그 리고 국민건강보험공단 관계자 여러분께서 앞으로 더 노력해 주시기를 바라며, 이 자리를 빌려 본 위원장은 국민건강보험료 부과체계 개편을 적극 지원할 준비가 되어 있음을 말씀드립니다.

(중략) 다음은 검토보고를 듣도록 하겠습니다. 먼저 의사일정 제3항 공중위생관리법 일부개정안을 비롯한 총 50건에 대하여 김승기 수석전문위원 검토보고하여 주시기 바랍니다.

수석전문위원 김승기 검토한 50개 법안 중 요약본을 중심으로 11건의 법안에 대하여 간략하게 검토의견을 보고드리겠습니다.

먼저 1페이지입니다. 남인순 의원께서 대표발의한 공중위생관리법 개정안입니다. 미용목적으로 사용하는 기기 중 안전성이 입증된 기기를 의료기기가 아닌 미용기기로 분류하여 미용기기에 관한 정의 규정을 신설하고 안전관리기준을 마련하는 것은 해당 서비스의 안전성을 확보하면서 소비자의 수요를 충족시킬 수 있는 방안이라고 생각됩니다. 다만 고주파 등을 활용한 기기의 경우 미숙하게 사용할 경우 인체에 중대한해를 입히는 부작용의 우려가 높다는 점 등을 이유로 미용기기 제도에 반대하는 의견이 있으므로 미용기기의 범위와 관리기준 등에 대한 충분한 논의가 선행되어야 할 것으로 생각됩니다. (중략) 다음 10페이지입니다. 김춘진 의원께서 대표발의하

신 농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법입니다. 개정안은 분만취약지역을 지정시키고 산부인과와 산후조리원의 설치 비용을 지원할 수 있도록 법적 근거를 마련하여 산모들의 불편해소와 안전한 분만환경 조성에 이바지하려는 취지입니다. 분만취약지를 별도로 지정 대신 공공보건의료에 관한 법률에서 지정하는 분만취약지 규정을 인용하는 것이 법체계상 적합하다고 보이고 산후조리원의 경우는 최근 신생아 감염문제 등 부정적 측면을 고려하여 산모에 대한 가정방문 등의 산후조리 지원방안 등과 종합적으로 검토될 필요가 있다고 생각합니다. (중략)

다음 12페이지입니다. 김춘진 의원께서 대표발의한 문신사법안입니다. 문신에 대한 관리감독 필요성, 문신업자 및 소비자의 기본권, 주요 외국이 문신업을 허용하면서 국민보건을 위해 제한사항을 두고 있는 점 등을 종합적으로 고려할 때 문신업을 양성화하는 제정안의 취지는 타당한 측면이 있다고 생각합니다. 다만 문신행위는 의학적 사회적으로 부작용 발생 우려가 있고 안전성 확보방안 등에 대한 체계적인 연구가 아직 이루어지지 않은 측면이 있으므로 문신행위를 법제화하는 데 있어서는 좀 더 추가적인 사회적 논의가 필요한 것으로 봅니다. 또한 제정안과 같이 문신사법안으로 규정하기보다는 문신 이용자에 대한 보호 및 문신업 관리에 중점을 두어 문신 이용자 보호법 등으로 법안의 성격을 재설정하는 방안도 검토해 볼 수 있겠습니다. (중략)

마지막으로 15페이지입니다. 김용익 의원께서 대표발의한 약사법입니다. (중략) 이상으로 검토보고를 마치겠습니다. 보다 상세한 내용은 배부해 드린 유인물을 참고해 주시기 바랍니다. 감사합니다. (이상 50건 검토보고서는 부록으로 보존함)

위원장 김춘진 수고하셨습니다. 다음은 의사일정 제1항 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 일부개정법률안을 비롯한 총 35건에 대하여 정연호 전문위원 검토보고하여 주시기 바랍니다.

전문위원 정연호 전문위원 소관 법률안에 대해 간략하게 검토 보고 드리겠습니다. (중략)

2페이지입니다. 다음은 의사일정 제49항 김제식 의원님이 발의한 암관리법 일부개정법률안입니다. 완화의료전문기관 지정 대상에 요양병원을 포함하여 경쟁력을 갖춘 요양병원을 완화의료전문기관으로 지정 지원할 수 있도록 하고 말기암환자의 완화의료 접근성을 보장하려는 개정안은 완화의료전문기관 지정에 필요한 인력 시설 기준을 갖춘 요양병원을 대상으로 선별하여 완화의료전문기관으로 지정함으로써 말기암환자의 완화의료 접근성을 향상시키고 완화의료 활성화를 도모하려는 것으로 취지는 타당한 측면이 있다고 하겠습니다만 요양병원은 만성질환자 및 급성기 회복환자의 요양을 담당하는 의료기관으로 중증도가 높은 말기암환자에 대한 난이도 있는 완화의료 서비스를 제공하기 어렵다는 문제 제기도 있는바 관련기관 의견을 종합적으로 수렴하여 논의할 필요가 있다고 보았습니다. (중략)

자세한 내용은 검토보고서를 참조해 주시고 이상으로 보고를 마치도록 하겠습니다. (이상 35건 검토보고서는 부록으로 보존함)

위원장 김춘진 수고하셨습니다. 이상으로 오늘 상정된 85건에 대하여 제안설명과 검토보고를 모두 마쳤습니다. 이어서 의사일정 제86항 건강보험료 부과체계 관련 현안보고를 상정합니다. 문형표 보건복지부장관 보고하여 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 존경하는 김춘진 위원장님, 그리고 보건복지위원회 위원님 여러분! 국민들이 많은 관심을 가지고 계시는 건강보험현안에 관하여 보고드릴 수 있는 기회를 마련해주셔서 감사합니다. 먼저 최근 건강보험료 부과체계 개선 논의와 관련해서 국민 여러분께 걱정을 끼쳐드리게 되어서 송구하다는 말씀을 드리겠습니다. 보건복지부는 보험료 부과액의 형평성을 제고하고 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 지속적으로 건강보험정책 제도개선을 추진해 왔습니다. 이를 위해 건강보험 부과체계 개선 기획단을 구성 운영하였으며 저소득층의 보험료 부담은 줄여주고 고소득자의 과소부담을 정상화하는 등 건강보험료 부과체계의 형평성을 제고하기 위한 기획단 개선안의 기본 방향에 대해서는 보건복지부도 공감하고 있습니다. 다만 기획단에서 제시한 개선안을 토대로 실제 보험료를 부과하기 위한 정부안을 만들기 위해서는 세부적인 사항에 대해 보다 꼼꼼하게 검토하고 정밀하게 시뮬레이션하기 위한 충분한 시간이 필요하다고 판단하였습니다. 따라서 최신 자료와 건강보험 가입자 전체를 대상으로 한 보다 정밀한 시뮬레이션을 통해 국민들께서 상식적으로 납득할 수 있는 개선방안을 마련하겠다는 것이 보건복지부의 입장입니다. 또한 국민 여러분들이 의료비 걱정 없이 생활하실 수 있도록 2014~2018년 건강보험 중기보장성 계획을 수립하였습니다. 그 주요 내용을 보면 산모 부담이 큰 초음파검사 및 난임시술, 아동들의 레진 충치치료에 대한 건강보험 적용뿐 아니라 결핵, 중증 외상환자, 호스피스 등 국민 여러분의 생애주기별 의료보장을 위한 여러 건강보험 혜택들을 포함하고 있습니다. 아무쪼록 보고드릴 건강보험 정책 추진 현황에 대해서 위원님들의 소중한 의견을 부탁드립니다. 오늘 여러 위원님들께서 주신

의견에 대해서도 충분한 검토를 거쳐 정책에 반영해 나가도록 하겠습니다. 그러면 준비된 자료를 중심으로 핵심 내용 위주로 보고를 드리겠습니다.

김성주 위원 위원장님, 의사진행발언 좀 하겠습니다.

위원장 김춘진 김성주 위원님 의사진행발언해 주시기 바랍니다.

김성주 위원 본격 보고에 들어가기 전에 자료를 좀 요청하려고 그러는데요. 방금 장관님께서 건보료 부과체계 개편의 연기 이유로 ‘기본 방향은 공감하지만 정확한 시뮬레이션을 위해서 부득이 연기했다’ 그리고 국민들이 상식적으로 납득할 수 있는 방안을 마련하겠다고 그렇게 말씀하셨어요. 그런데 국민들은 이 불합리한 건보료 부과체계 개편이 추진되다가 중단되고 다시 추진된다고 했는데 또 약간 터덕거리는 이런 것을 상식적으로 납득을 잘 못 하고 계십니다. 어느 언론보도에 의하면 장관께서 ‘이 발표 연기가 내 뜻이 아니다’라고 기자들한테 얘기했다고 합니다. 그래서 정말 이 연기 결정이 장관의 판단과 결정에 의한 것인지 그 사실을 규명하기 위해서 제가 연기 발표 하루 전인 1월 27일 청와대를 방문했는지, 누구를 만났는지, 어떤 내용의 얘기가 있었는지 자료요청을 했는데 정리 중이라고 해서 아직 자료제출을 저한테 안 하고 있어요. 그래서 제가 오늘 오전 질의를 해야 되니까 정리가 다 끝났으면 장관께서 청와대를 방문해서 이 건보체계 개편 연기에 관련된 협의한 내용에 대한 자료를 소상히 주시기 바랍니다. 이따가 오전 질의 때 활용하기 위해서입니다. 이상입니다.

보건복지부장관 문형표 최대한 빨리 제출하도록 하겠습니다. 그러면 계속해서 건강보험 관련 현안보고를 드리겠습니다.

먼저 건강보험료 부과체계 개선 추진 현황입니다. 보고자료 3쪽입니다. 복지부는 건강보험료 부과체계를 보다 형평성 있게 개선하기 위해서 2013년 7월부터 부과체계개선 기획단을 구성하였으며 2015년 1월 29일 발표할 예정이었습니다. 다만 제도개선에 따른 시행착오와 국민 혼란을 최소화하기 위해 최신 자료를 활용한 정밀한 시뮬레이션을 실시하여 충분한 사전 검토가 필요할 것으로 판단하였으며 이에 따라 복지부 개선안은 금년 내 마련하지 않는 것으로 설명하였습니다. 4쪽, 기획단 건보료 부과체계 개선(안)입니다. 기획단에서는 건강보험료 부과체계의 형평성을 제고하기 위해 소득을 중심으로 부과기반을 확대하되 성, 연령, 재산, 자동차 등 소득 외 부과기준은 축소 또는 폐지하는 것을 기본 방향으로 설정하였습니다. 먼저 일반 직장근로자의 보수 보험료는 변동하지 않도록 하였습니다. 다만 직장 보수 외에 별도의 금융 임대소득 등을 보유한 경우 일정 기준 이상의 소득과 형식적으로 직장가입자로 되어있는 위장취업자에게는 보험료 부과를 확대하기로 하였습니다. 5쪽입니다. 지역가입자의 성, 연령, 재산, 자동차에 부과하는 평가소득을 폐지하고 소득과 재산으로 일원화하여 과도한 보험료 부담을 줄여드리고자 하였습니다. 마지막으로 충분한 소득과 재산을 소유하고 있음에도 직장근로자 피부양자로 등재되어 보험료를 부담하지 않는 무임승차를 방지하기 위해 소득 기준 금액을 하향 조정하고자 했습니다. 6쪽입니다. 건강보험료 부과체계 개선은 가입자 간 형평성을 제고하는 것이 목적이지만 기획단에서 제시한 모형 중 몇 가지 사항은 국민들의 오해와 사회적 논

란이 발생할 수 있으므로 사전에 충분한 검증과 사회적 논의를 거쳐 공감대를 형성하고 보완대책을 검토한 후 정부 개선안을 마련할 필요가 있습니다. 먼저 직장근로자와 피부양자의 보험료 증가 가능성입니다. 모형별로 차이는 있지만 직장가입자는 최대 100만 명, 피부양자는 최대 79만 명까지 보험료가 증가할 수 있는 모형도 제시되어 있습니다. 또 기획단에서 제시한 대로 최저보험료를 도입할 경우 약 127만 세대는 사실상 보험료가 인상될 수 있다는 문제점도 있습니다. 7쪽입니다. 기획단에서 제시한 모든 모형이 재정 손실을 나타내고 있어 향후 보험료가 인상될 수 있다는 우려가 제기될 수도 있습니다. 또한 기획단에서 사용한 자료가 2013년 9월 기준, 가입자의 10%에 해당하는 자료이므로 최근 건강보험 자료를 기준으로 전체 가입자를 대상으로 하여 보다 정확하게 분석할 필요가 있습니다. 이 외에도 피부양자의 무임승차 문제 해결을 위한 소득인정기준뿐 아니라 자동차 부과기준 완전 폐지에 대한 신중한 검토도 필요합니다. 8쪽입니다. 이에 따라 복지부에서는 최근 부과자료를 활용하여 보험료 증감 세대의 규모나 수준에 대한 보다 정밀한 시뮬레이션을 실시한 이후 분야별 쟁점별로 폭넓게 의견을 수렴해서 사회적 공론화와 공감대 확산을 거쳐 부과체계 개선을 추진할 계획입니다.

다음은 건강보험 중기보장성 계획입니다. 보고자료 11쪽입니다. 건강보험의 보장성 강화를 체계적으로 추진하기 위해서 2014년 하반기부터 사회적 의견수렴을 거쳐 2014~2018년 중기보장성 계획을 수립하였습니다. 이번 중기보장성 계획은 모든 국민의 형평적 건강보장을 위해 의료비 부담을 완화하고 건강수준을 향상하는 것을 목표로 설정하였습니다. 우선 생애주기별로 핵심적인 건강 문제에 대해 필수의료

를 보장하겠습니다. 의료비 부담이 없는 임신환경을 만들기 위해서 초음파 검사, 난임 시술 등에 대해 건강보험을 적용할 계획입니다. 12쪽입니다. 선천성 기형과 신생아에 대한 의료지원을 강화하기 위하여 난청검사, 대사이상검사 등에 대해 건강보험을 적용하겠습니다. 청소년과 청장년의 핵심질환을 조기 관리하기 위하여 충치치료, 소아당뇨병 관리 등의 건강보험 지원을 강화하겠습니다. 국민 생명을 보호하기 위한 안전과 관련한 의료보장도 강화할 계획으로 중증 외상과 결핵환자의 본인부담 경감, 감염 예방 수술재료를 보험적용 등을 추진하겠습니다. 13쪽입니다. 4대 중증질환 및 근골격계 질환, 장기이식환자 등 고액의료비가 발생한 중증질환에 대해 건강보험 지원을 강화하고 건강한 노년과 존엄한 죽음을 위하여 임플란트, 틀니, 호스피스, 치매 검사 등에 대해서도 건강보험을 적용하겠습니다. 두 번째, 고액비급여의 증가를 억제하기 위한 관리체계를 도입할 계획으로 비급여 공개를 지속적으로 확대하고 선별급여 제도를 통한 신의료기술 관리도 강화하겠습니다. 14쪽입니다. 마지막으로 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원을 강화하겠습니다. 장애인 보장구의 지원 품목 확대, 기준금액의 인상 등과 함께 의료취약지 주민의 본인부담 경감을 추진하겠습니다. 총 32개 세부 과제로 구성된 중기보장성 계획은 2014~2018년간 단계적으로 추진할 계획이며 5년간 약 7.4조 원의 재정이 소요될 것으로 예상되나 재정 계획을 이미 확립한 7개 과제를 제외한 신규 과제는 약 1.4조 원의 재정이 소요될 전망입니다. 이러한 재정은 건강보험 지출의 효율화와 중기재정 관리를 통해서 확보하여 차질 없이 계획을 추진해 나가도록 하겠습니다. 이상으로 보고를 마치겠습니다. 감사합니다.

문정림 위원 먼저 건보료 부과체계 개선과 관련해서는 공단의 연구보고서가 있었고요, 그 보고서를 바탕으로 기획단을 운영하셔서 이 자리에는 안 계시지만 기획단에 참여하셨던 위원 여러분께는 감사와 격려의 말씀을 드립니다. 그럼에도 불구하고 활동보고서(안)를 마련해서 복지부가 이제 정책 결정을 해야 되는 시점에서 발표와 관련된 여러 문제점이 노출된 것에 대해서는 복지부가 정부정책에 대한 국민의 불신을 유발한 측면이 있고 또 갈등을 유발한 측면이 있기 때문에 이런 것에 대해서는 재발하지 않도록 굉장히 신중해야 된다 이런 말씀을 드립니다.

보건복지부장관 문형표 예, 알겠습니다.

문정림 위원 먼저 건보료 부과체계 개편과 관련해서는 세 가지를 돌아봐야 된다고 생각을 합니다. 건보료 부과체계 개편이 왜 필요했는지 배경과 필요성 그다음에 원칙을 담았는지를 검토를 해야 되고요, 그것에 대해서 직장가입자와 지역가입자 또 소득에 따른 여러 가입자들의 입장이 있을 수 있는데 시뮬레이션을 했을 때 부담이 증가되는지 감소되는지, 그것을 받아들일 수 있는지 그런 겁니다. 그래서 공정해야 되고 또 정의로워야 되는 겁니다. 하지만 또 시뮬레이션을 잘해서 본인의 부담 여부를 잘 알아야지만이 공감대도 형성이 된다고 생각을 합니다. 세 번째는 결국 건보료를 부과하는 것은 재원을 예측 가능하고 또 보장을 필요한 만큼 하기 위해서 하는 거기 때문에 건보재정이 균형이 맞느냐 이런 것이 검토가 되어야 됩니다. 세 가지가 되어야 되는 거지요. 그래서 이번에 이것을 보완하겠다고 한 것도 보면 이 세 가지를 기획단에서 검토를 했지만 이 부분에 부족한 점이

있어서 보완하겠다 이런 의지를 밝히신 것으로 보입니다. 다만 이 과정에 있어서 이해가 좀 안 되는 측면이 있습니다. 기획단 의견과 복지부 의견이 동일한 겁니까, 기획단 의견은 제안으로 받아들여서 복지부가 정책 결정을 할 수 있는 겁니까?

보건복지부장관 문형표 기획단은 건의를 하는 것이고요, 저희는 거기에서 어떤 기본방향은 받아들이는데 거기를 좀 더 세련되게 저희가 다듬어서 정책을 만드는 겁니다.

문정림 위원 잘 알겠습니다. 그러면 1월 초에 기획단이 기자들에게 비공개간담회를 통해서 설명을 했다고 했잖아요?

보건복지부장관 문형표 예.

문정림 위원 그리고 1월 말에 장관께서 발표를 하기로 했다가 유보하거나 연내 재추진하지 않겠다고 하거나, 언론에 보도된 것을 중심으로 말씀을 드리는 겁니다, 지금 논란이 있으니까.(후략)

김현숙 위원 그래서 어떤 안도 제가 보기엔 7개 안중에서 재정에서 남아 있는 안은 없었어요. 1조 넘는 것에서 한 3,000억, 2,000 얼마까지다 지금보다는 재정을 더 지출하면서 잘못된 부 38분의 형평성을 개선한다는 게 저는 컸다고 생각이 되고 물론 재정에 대해서 고민해야 됩니다. 현재 흑자가 쌓여 있지만, 고령화 사회에서 재정에 대해서 고민해야 되지만 재정보다는 결국이 문제 전체는 형평성에 대한 문제에서 출발한 것이고 그에 따라서 두 번째의 어떤 제약 조건으로서 재정에 대해서 고민하는 그런

접근이, 그것을 빼놓고 할 수는 없어요. 여러 가지 저희가 사대중증이나 다른 게 많기 때문에 그렇지만 형평성 부분이라는 것은 분명히 하고 있는데 어떻게 생각하십니까? 제 말이 맞습니까?

보건복지부장관 문형표 예, 저희도 동의를 드립니다. 그리고 형평성 문제도 분명히 소득계층 간의 형평성도 있지만 자영자와 근로자 간의 형평성 문제도 또 같이 고민해야 된다고 생각하고요, 이런 점들을 좀 더 저희가 깊게 논의하고 검토해야 된다고 생각합니다.

김현숙 위원 예, 이상입니다.

양승조 위원 장관님, 우리 대부분의 국민들께서 또 우리 야당 국회의원들은 이번 사태를 보고국정의 난맥상이다, 국정의 혼선을 여실의 보여줬다라고 판단하는데 우리 장관께서는 어떻게 판단하세요? 아무 문제가 없는 건가요?

보건복지부장관 문형표 국민들께 혼돈을 드린 점에 대해서는 아주 죄송스럽게 생각하고 있습니다.

양승조 위원 그리고 장관님께서 1월 28일이죠? 개선 기획단의 발표를 하루 앞둔 날 연내에 부과체계 개선방안을 마련하지 않겠다고 발표를 하셨어요.

보건복지부장관 문형표 예.

양승조 위원 1월이면 2015년이 11개월이 남았습니다. 연내에 개선방안을 마련하지 않겠다고 한 취지가 뭐예요?

보건복지부장관 문형표 저희가 거듭 말씀드린 대로 이 사안이 상당히 중요한 사안이기 때문에 아주 신중의, 신중하게 저희들이 검토하고 해서 추진을 해 나가겠다, 그러한 것들을 저희가 상징적으로 말씀드리면서 연내에는 개선안을 발표하지 않겠다고 했습니다.

양승조 위원 저는 장관님이 지금 이런 여러가지 국민들한테 정책 혼선이라든가 국정 혼선, 난맥상을 보여 준 것 자체만 해도 장관님 사퇴하셔야 된다고 봅니다. 또 대통령님한테 미루지 마세요. 장관님이 어떤 말씀을 해도 누가 신뢰를 하겠어요? 보건복지 정책에 대해서 누가 신뢰하고 그걸 따를 수 있겠어요? 장관님, 한번 신중하게 생각하시기 바랍니다.

김정록 위원 우리 장관 수고하십니다. 우리 많은 국민들은 합리적이지 못한 건강보험료를 부과체계에 대해서 많은 기대를 하고 계신 것을 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예.

신경림 위원 장관님, 앞으로 복지부가 정책을 추진함에 있어서 좀 더 보다 주도면밀하게 진행해주시기를 부탁드립니다요. 복지부에서 제출한 현안 보고 6페이지하고 7페이지에 있는 내용과 관련되어서 세 가지 질의 드리겠습니다. 우선은 지역가입자 최저보험료 도입에 있어서 복지부는 최저보험료 1만 6480원 도입으로 현재 이보다 낮게 보험료를 부담하고 있는 약 127만 세대의 보험료 부담이 증가될 수 있다고 말하는데 본 위원이 확인한 바로는 이미 기획단에서도 여러 각도에서 이 문제를 검토했다고 들었습니다. 즉 무슨 소리냐 하면 건강보험공단에서 제출한 자료

에 따르면 현재 월 보험료 1만 6,480원 이하 세대 중 보험료의 경감 대상은 111만 세대에 이릅니다. 이들의 평균 보험료는 1만 714원인데 3,076원을 경감 받아서 실제 납부하는 평균 보험료는 7,638원으로 대부분 소득이 없거나 월평균 소득이 14만 원에 불과하고 저소득층, 취약계층, 만성질환, 결혼가정, 장애인, 노인세대 등으로 구성되어 있습니다. 개선안의 취지를 살려 최저보험료는 1만 6,480원으로 동결을 하되 이보다 낮게 보험료를 내고 있는 어려운 분들을 위해서는 정부가 국고로 지원하는 것을 검토할 필요가 있다고 생각을 합니다. 실제 지원금의 규모를 봤더니 100억에서 200억 원으로 연간 건보 재정 규모가 40조 원임을 감안한다면 부담이 크지 않은 액수라고 봅니다. 이에 대한 장관님의 견해 이따가 같이 말씀해 주십시오. 두 번째 질의는 우선 7페이지 하단에 보면 현행 피부양자의 무임승차 해결을 위해서 소득인정기준뿐 아니라 재산기준, 부양요건 등 종합적인 추가 검토가 필요하다고 되어 있습니다. 본 위원은 일정 소득 이상의 종합소득이 있는 피부양자들의 자격을 지역가입자로 전환시켜서 소득보험료는 물론 재산보험료까지 부과하는 것이 과연 타당한지 생각을 해 볼 필요가 있다고 생각합니다. 지역가입자에게 재산보험료를 부과하게 된 취지는 지역가입자들의 신고소득이 부정확하기 때문에 이를 보완하기 위해서 도입한 것입니다. 특히 지역가입자 가운데 농어민은 사업자번호가 없는 자영업자이기 때문에 소득만 기준할 경우 무임승차하게 되기 때문에 이를 방지하기 위해서 재산보험료를 부과하고 있습니다. 맞습니까?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

신경림 위원 그런데 피부양자들은 대부분 연금수급자, 임대수급자, 금융소득자들입니다. 소득이 많은 피부양자들의 소득에 대하여 보험료는 당연히 부과해야 하지만 지역가입자로 전환시켜서 재산보험료까지 부과하는 것은 일종의 징벌과도 같은 처사이고 앞서 말씀드린 것처럼 재산보험료 부과 논리에 맞지 않다고 봅니다. 이 부분은 아마 기획단 내에서도 문제가 지적이 된 걸로 알고 있습니다.

따라서 소득이 있는 피부양자에 한해서는 지역가입자로 전환시킬 것이 아니라 따로 구분해서 종합과세소득에 대해서만 보험료를 부과할 필요가 있다고 보는데 이 또한 장관님의 견해가 필요합니다. 세 번째 질의는 재산보험료의 역진성 관련해서 말씀드리겠습니다. 현행 부과체계에 있어서 가장 큰 문제 중의 하나가 재산보험료의 역진성 문제라고 봅니다. 재산보험료의 부과기준을 보면 재산액이 적은 사람일수록 재산가액에 비하여 보험료율이 더 높습니다. 재산이 적다라는 것은 상대적으로 가난하다라는 것인데 재산이 450만 원도 안 되는 1등급에 해당하는 가입자의 보험료율은 1.66%이고 재산가액이 30억 원이 넘는 50등급의 가입자는 0.1%로 무려 16배나 차이가 납니다. 이러한 불합리한 재산보험료의 기준은 지역가입자들의 많은 민원을 야기하고 있고 직장가입자가 실직 등의 이유로 지역가입자로 전환될 시에 보험료가 급증하는 원인 중의 하나입니다. 따라서 재산보험료 기준 개선에 있어서는 보험료를 차이로 인한 역진성 문제가 발생하지 않도록 고액재산가에 대해서는 등급구간을 세분화하고 부과점수를 상향하는 등의 조치를 면밀하게 검토해 주시기 바랍니다. 장관님도 그렇게 생각하십니까?

보건복지부장관 문형표 예, 그런 재산보험료에서의

역진성 문제를 한번 더 신중하게 살펴보도록 하겠습니다.

신경림 위원 그리고 또한 단일보험료 부과체계 마련을 위한 연구는 1998년부터 지속적으로 진행해 왔고 부과체계 개선 기획단을 통해서 15년 넘게 진행된 그간의 연구를 검증한 후에 개선안이 마련되었다고 생각을 합니다. 더욱이 전 국민적으로 부과체계 개선에 대한 요구가 급증하고 있는 지금 이때가 최적기라고 저는 생각을 합니다. 그런 의미에서 장관님께서도 보다 적극적으로 개선안 추진에 신중하게 빠르게 좀 힘써 주시기를 부탁드립니다.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 하겠습니다. 그리고 아까 기획단에서 1만 6480원의 최저보험료를 설정했을 때 그 이하 납부계층을 메워 주는 데 100억에서 200억 정도가 든다고 그렇게 말씀하셨는데 저희들 추정에는 최소한 한 1800억 정도의 돈이 들어가는 것으로 지금 계산하고 있습니다.

신경림 위원 그래요? 그러면 그 부분도 다시 한번 장관님 검토해 주시고요.

보건복지부장관 문형표 예, 알겠습니다.

인재근 위원 장관님, 고생 많이 하십니다. 장관님이 소신 있게, 소신껏 말씀하셨다고 믿는 사람들이 아무도 없어서 그게 좀 안스럽습니다. 그동안 국정난맥상을 보이고 우왕좌왕한 것은 다 묻지 않고요. 재추진 과정에서 면밀한 시뮬레이션이 필요하다고 생각해서 몇 가지 묻겠습니다. 복지부 업무보고 자료에 따르면 기획단이 마련한 개선안은 2013년 9월 기

준 10% 표본의 2011년도 귀속분 소득 자료를 토대로 시뮬레이션을 했기 때문에 최근 데이터를 활용한 정확한 분석이 필요하다고 밝혔습니다. 기획단의 운영 과정에서 이러한 문제점을 미리 예상하지 못하셨는지, 또 이해가 안 되는 한 가지가 있는데 2011년 자료와 2013년 자료가 어떤 차이점이 있는지 또 2011년부터 13년 사이에 IMF처럼 경제 전반을 흔드는 큰 사건이 터졌던 것도 아닌데, 대통령이 바뀌긴 했지만 정책에도 별다른 변화가 없었는데 2011년도 자료와 2013년도 자료에 어떤 큰 차이가 있는지 말씀해 주시고요. 그 차이가 유의미한 수치인지 그것도 말씀해 주시고요. 현행 건보료 부과체계는 30년 전 만들어진 시스템인데요. 오랜 시간 지난 만큼 지금 상황에서 적합하지 않은 부분이 너무 많습니다. 최신 자료가 아니더라도 개선 자체를 미룰 것이 아니라 3년 전 데이터라도 활용해서 개선하고 추후에 보완했어야 한다고 생각하는데, 장관님 의견은 어떠신지 말씀해 주세요.

보건복지부장관 문형표 기획단에서는 그 당시로서는 가장 최근 자료가 2011년도 귀속분 소득 자료였습니다. 그래서 그것을 쓴 것에 어떤 문제가 있거나 하는 것은 결코 아닙니다. 또 그 자료는 충분히 신빙성이 있고 거기에서 어떤 정책적인 방향을 제시하는 데서는 유용했다고 생각을 합니다.

다만 저희가 이것을 좀 더 구체적으로 정책화하려면 조금 더 정확한 파악이 필요한데요. 2011년도하고 저희가 지금 새로 하려는 것이 2013년도 귀속분 소득 자료인데요. 그 사이에 많은 사람들의 소득이나 재산에 변동이 있을 수가 있습니다. 그러면 그분들이 내는 보험료 수준도 변했기 때문에 거기에 따라

서 정책 변화의 그 시뮬레이션 결과가 약간은 달라질 수 있습니다. 그것이 크게 달라진다고는 저희는 생각하지 않는데요. 또 하나는 2011년도 기획단에서는 전체 집단의 10%에 대해서만 시뮬레이션 했습니다. 그래서 저희가 이번에 하는 것은 이것을 최대한 전체로 확대해 가지고 하는, 그래서 좀 더 정확성을 기하겠다는 것이 저희들 의도고요. 그래서 기획단이 틀렸고 정부가 앞으로 하는 것이 맞다 이런 것이 아니라 기획단의 것을 좀 더 보강하고 보완해서 저희들이 면밀하게 분석을 더 해 볼 필요가 있다는 것을 저희가 말씀드리는 겁니다.

인재근 위원 다음, 한 가지 더요. 재추진 과정에서 논의할 한 가지가 더 있는데 바로 대기업과 국가의 책임 강화 문제입니다. 2014년 9월 국회 예산정책처에서 발행한 자료에 따르면 지난 1995년부터 2012년까지 18년 동안 우리나라 국민소득 중 기업소득이 차지하는 비율이 16.6%에서 23.3%로 6.6%p 증가했습니다. 같은 기간 OECD 회원국 평균 증가 폭은 1.6%p에 그쳤습니다. 반면 가계 부분 소득이 차지하는 비중은 70.6%에서 62.3%로 8.3%p가 떨어진 것으로 나타났습니다. OECD 평균 하락 폭은 4.2%p였습니다. OECD 회원국 평균에 비해 빠른 속도로 기업소득 비중이 늘고 가계소득은 줄어들면서 기업의 사회적 책임에 대한 요구가 커지고 있는 상황, 실정입니다. 현재 우리나라 고용주와 피고용주의 건보료 부담률은 50 대 50입니다. 다른 OECD 국가의 사례는 어떻습니까?

보건복지부장관 문형표 나라마다 차이가 좀 있는 것으로 알고 있습니다. 50대50으로 하는 나라도 있고 또 정부가 더 많이 하는 곳도 있습니다.

인재근 위원 프랑스의 경우는 7대 3 부담하고요. 스웨덴은 80%까지 기업이 부담하고 있어요. 특히 프랑스의 경우 건강보험 재정적자가 발생하면 대기업의 매출의 0.1 내지 0.2를 사회연대부담금으로 걷어서 재정적자를 메꾸고 있습니다. 한국이 1000대 기업에 이러한 사회연대 부담금을 매긴다면 연간 5조 원 이상의 재정을 더 걷을 수 있다고 합니다. 이에 대해서 장관님 어떻게 생각하십니까?

보건복지부장관 문형표 기업과 개인의 부담에 대해서는 어떤 사회적 합의로 공론화 과정을 거쳐서 결정이 돼야 된다고 생각을 합니다. 그리고 또 보험료를 기업이 더 많이 낸다고 하면, 그래서 그것 때문에 근로자들의 임금이 떨어지게 된다고 하면 결국은 또 같은 문제가 될 것 같고요, 그래서 그런 점들을 신중히 여러 가지로 검토해서 결정해야 될 거 아닌가 생각합니다.

인재근 위원 기업의 사회적 책임 차원에서 사회보장 지출을 늘릴 수 있다면 명분과 실리 모두 챙기는 일거양득의 효과를 볼 수 있을 것 같습니다. 이 점에도 사회적…… 그렇습니까, 장관님?

보건복지부장관 문형표 예.

인재근 위원 연내에 재정지원 기한 연장과 구체적인 지원 방식 등에 대해서 복지부와 경제 부처가 함께 논의할 계획인 것으로 알고 있습니다. 논의 과정에서…… (발언시간 초과로 마이크 중단) 반드시 국고 미지원액에 대한 정산제 등이 함께 다루어져야 한다고 생각합니다. 장관님 의견이 어떠신지, 동의한다면 어떻게 관찰할 것인지 답변해 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 지금 정부가 국고에서 보험료 수입의 14%를 보전하고 있습니다. 그런데 그것이 제대로 잘 안 지켜지고 있는데요. 관계 부처하고 재정 당국하고 저희가 긴밀히 협조를 하고 또 요구를 해서 최대한 14%를 맞추도록 노력하겠습니다.

인재근 위원 하여튼 이 건보 개선이 얼마나 중요한지는 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예, 잘 알고 있습니다.

인재근 위원 국민 모두가 가입해 있고 그리고 이번 과정에서 국민 모두 분노했습니다. 철저히 준비하셔서 연내에 추진해 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 예, 노력하겠습니다.

위원장 김춘진 수고하셨습니다. 이어서 존경하는 김성주 위원님 질의하여 주시기 바랍니다.

김성주 위원 장관님, 장관님 말씀을 듣고 있으면 참 답답하기도 하고 또 딱하기도 합니다. 이게 진실인데 사실대로 말할 수도 없고, 아마 이런 심정인 것 같습니다. 장관께서도 이 불합리한 건강보험 부과체계 개편을 해야 된다고 생각하시지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 생각합니다.

김성주 위원 고소득자 무임승차 막아야지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

김성주 위원 저소득 지역가입자의 부담도 줄여 줘야지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

김성주 위원 서둘러야 되지요?

보건복지부장관 문형표 예, 필요합니다.

김성주 위원 장관께서는 백지화하고 중단이 아니라고 계속 말씀하시고 있어요. 계속 검토한다……

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 했습니다.

김성주 위원 그러면 도대체 언제 그 검토가 끝납니까? 올해 상반기입니까, 연말입니까? 말씀해주세요.

보건복지부장관 문형표 저희가 아직까지 일정을 구체적으로 말씀드릴 수 있는 상황은 아닙니다. 다만 저희가 당정협의체를 만들어서 계속 논의를 하고 말씀하신 대로 하여튼 속도를 최대한 빨리 서두르도록 노력하겠습니다라는 그것 또한 말씀드린 대로 신중한 검토는 꼭 필요하다고 말씀드릴 수 있겠습니다.

김성주 위원 여당은 ‘상반기 내에 했으면 좋겠다’ 이런 것을 언론에다가 얘기한 적이 있고 또 당정협의체를 통해서 여당은 빨리빨리 하자는 것 같은데 복지부는 왜 이렇게 신중하게 늦추는 거지요? 그 이유가 뭡니까? 그 이유는 아까 여러가지 설명을 했는데, 시뮬레이션하는 데 얼마 시간이면 됩니까?

보건복지부장관 문형표 그것은 저희들이 정책을 다듬어 가는 데 얼마나 어느 정도 과정이 필요한가에 따라서, 정확히 말씀드리기는 어렵습니다. 그러나 확실히 말씀드릴 수 있는 건 저희가 일부러 늦추거나 그렇게 하진 않겠습니다. 그래서 하여튼 최대한 빨리 진행을 시키도록 하겠습니다.

김성주 위원 기획단에 참여한 분의 얘기에 의하면 2~3개월이면 할 수 있다, 최신 자료로 업데이트하는 데…… 복지부도 그런 정도 가능하다고 생각지 않습니까?

보건복지부장관 문형표 어떤 사회적 공감대 형성이 빨리 될 수 있다면 그렇게 많은 시간이 걸리지 않을 수도 있다고 봅니다.

김성주 위원 그러면 지금 시뮬레이션에 걸리는 시간보다도 이 부과체계 개편에 대한 사회적공감대 형성이 걱정이 된다 이런 얘기시지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그것 2개가 서로 각각이 다른 게 아니고요. 저희가 정책을 디자인해서 거기에 따라 시뮬레이션을 하고 또 거기에 따라 수정을 하고 해야 되기 때문에……

김성주 위원 그러니까 시뮬레이션은 기술적인 문제니까 서둘러서 할 수 있는데 사회적 공감대형성은 충분하게 해야 된다는 이런 입장이란 거 아닙니까, 복지부가?

보건복지부장관 문형표 예, 그것도 중요하다고 생각합니다.

김성주 위원 이 건보체계 개편에 의해서 부담을 더 지게 되는 층은 어느 층입니까? 고소득층입니까, 저소득층입니까?

보건복지부장관 문형표 지금 기획단 안에 대해서 제가 구체적으로 정확히 말씀드리기는 곤란하고요, 하여튼 저희가 기대하기는 고소득층 더 부담……

김성주 위원 복지부가 우려하는 거는 어느 쪽이에요.

보건복지부장관 문형표 아무래도 저소득층의 불합리한 부담을 줄여 드리구요, 고소득층의 부담은, 특히 무임승차하시는 분들이나 이런 분들의 부담을 줄여주는 것이 맞는 방향이라고 생각합니다.

김성주 위원 무슨 사회적 설득이 필요하지요? 누구를 상대로? 45만 명의 새롭게 건강보험료 부담이 늘어나는 그 고소득층에 대해서 설득할 시간이 필요하다는 얘기입니까?

보건복지부장관 문형표 저희가 고민하는 것은요 모든 소득에 대해서 우리가 100% 잘 알고 있다고 하면 정답은 뭐 간단합니다. 그런데 지금 이런 소득 파악이 한계가 있는 상황이기 때문에 우리가 예를 들어서 소득 기준을 어디까지로 자를 것이냐, 2,000만원에서 자를 것이냐, 4,000만원에서 자를 것이냐 이런 것들에 의한 논의 또 사회적 공감대는 분명히 필요합니다.

김성주 위원 그러니까 장관님, 자 방향이 정해졌잖아요. 그리고 기획단에서 1월 중에 발표하고자 했던 것은 최종보고회잖아요. 복지부의 최종정책결정이

아니잖아요. 국민들한테 그동안의 논의 과정을 소개하고 우리는 이런 방향으로 하겠다고 하는 것을 사회적 토론을 붙이는 거잖아요.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

김성주 위원 그런데 왜 그것을 중단시켰냐는 거예요. 일단은 발표하고 복지부가 여러 가지 불만이나 사회적 여론을 수렴해서 최종적인 확정안을 만들면 되는데 왜 그거 자체를 막았느냐 라고 하는 거에 대한 분노가 많은 거 아닙니까?

김명연 위원 지난주에 한의사협회 회장님이 단식을 하고 있었는데 한 번 찾아가서 이렇게 위로도 해드리고 또 정말 해당 상임위원으로서 뭘 좀 챙겨야 될지 가서 진지하게 한 30분 얘기를 좀 해 봤어요. 그런데 그분들은 참 서운해 하시더라고요. 그분들도 국민이고 또 우리 정부가, 보건복지부가 있듯이 국민의 보건의료 한 축을 담당하는 직역단체인데 우리한테 무대응으로 이렇게 소홀하게 할 수 있느냐 이런 인간적인 면에서 굉장히 서운함을 느끼더라고요. 혹시 그런 부분들은 지금 어떻게 챙기고 있는지 답변 좀 해 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 한의사협회장께서 지금 한 13일째 단식투쟁 중이신 걸로 알고 있습니다. 그 단식에 들어가시기 전에 저희도 만나 뵙고 논의도 하고 또 정부의 입장도 설명드리고 하긴 했습니다만 충분히 납득을 시켜 드리지 못한 것 같습니다. 저희들 담당 실 국장이나 이런 분들이 찾아뵙고 이렇게는 하고 있습니다마는 필요하다라면 저도 찾아뵙고서 좀 더 설득을 시켜보도록 노력하겠습니다.

김명연 위원 평소에 그분들하고 담당 실 국장님들이 또 과장님들이 자주 만나고 또 민감한 부분을 같이 대화하고 하면 이런 극단적인 상황으로 치닫지는 않아요. 1월 22일 날 우리 권덕철 실장님께서 무슨 말씀을 하셨어요. ‘불필요한 촬영 이런 것들이 늘어나면 의료비 지출되고 국민 건강을 해칠 수 있다. 그렇기 때문에 전혀 고려하지 않고 있다’ 이런 말씀을 하셨나본데, 사실은 수요자인 우리국민의 입장에서 필요한 촬영도 있고 또 한의사가 그 영역을 넘어서 불필요한 것도 있을 수 있어요. 그런데 단순한 기기들은 우리가 거기서 안하고 다른 데를 또 가야 되니까 국민 입장에서 충분히 했으면 싫어 하는 것도 있단 말이에요. 이것을 나눠서 그렇게 발언을 하시기 전에 ‘어디어디까지는 가능하다. 어디 이상은 좀 더 전문적이기 때문에 지금은 준비가 안 돼 있다’ 이런 식으로 선을 좀 크게 잘라놓든지 아니면 그 말씀을 발표하기 전에 세밀하게 업무분장이 돼 있어야 되는 거예요. 그런데 그 분장이 안 된 상태에서 그렇게 함부로 말씀을 하면 어느 단체에 대한 편을 드는 것 같고, 어느 단체는 ‘이것에 대해서 정부가 왜 우리만 고립시키느냐’, 그리고 또 국민들도 ‘왜 수요자인 국민들을 불편하게 만드느냐’ 이런 충분한 반대의견이 나올 수 있는 거거든요. 그런데 이 일개 부처의 그것 총괄하시는 분이 그런 식으로 이렇게 말씀을 하다 보니까 이것은 반발이 있을 수밖에 없지요. 그리고 거기에 반발이 있으면 또 만나는 겁니다. 만나서 ‘내가 이렇게 발표하는 과정에서 오해가 있을 수 있다. 이것 잘못된 거다. 그것 다시 한 번 우리가 긴밀하게 이렇게 조사를 좀 해서 대응을 하겠다’…… (발언시간 초과로 마이크 중단) 이렇게 해서 풀어 드리면 되는데 그냥 만나지 않고 내버려두면, 그분들은 국민 아니냐 이거예요. 이걸 어떻게 잘 조율을 할 수 있는 방법을 좀 찾아보셔야 되겠는데……

보건복지부장관 문형표 예, 좀 더 대화를 하도록 노력하겠습니다.

김명연 위원 잘 부탁드립니다.

이종진 위원 장관님, 오전에 이어서 건강보험재정과 관련해서 질의를 좀 드리겠습니다. 기획단의 모형에 의하면 재정 손실이 최소 2600억 원에서 최대 1조 7500억까지 나타나는 것으로 되어 있습니다. 금년도까지는 당기수지가 흑자였지만 2016년도에는 8453억이 적자가 나고 또 2017년도에는 1179억의 적자가 나는 것으로 되어 있습니다. 실제 이 적자분에 대해서 보험료인상을 할 것인지 아니면 보험료 인상 없이 어떤 대책을 추진할 것인지 한번 답변해 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 장기적으로 봤을 때에는 인구고령화에 따라서 건강보험 재정이 나빠지고 지출이 늘어날 수밖에 없습니다. 그래서 장기적으로는 점진적인 어떤 건강보험료의 조정은 필요하겠습니다. 마는 저희들이 단기적으로는 이러한 건강보험의 어떤 보험료 인상요인을 최대한 억제하려고 노력을 하고 있습니다. 그것은 지출 효율화일 텐데요. 지출 효율화하기 위해서는 우리가 좀 과다하게 쓰는 의료비 부분들, 특히 장기 입원을 하는…… 우리나라의 장기 입원율은 OECD 평균의 2배나 됩니다. 그래서 그러한 불필요한 장기 입원을 줄인다는가 또는 일부 요양병원 등 이런 병원들에서의 어떤 약간의 도덕적 해이 같은 것들을 수정, 고친다는가 해 가지고 저희가 최대한 지출에서의 비효율적인 요인들을 줄여서 저희가 보험료 인상요인을 최소화하려고 노력하고 있습니다.

이종진 위원 이 문제도, 조금 전에 중기보장성 계획도 말씀을 했습니다마는 이 재정악화 문제를 연관을 좀 시켜서 중기보장성 계획도 수정을 좀 할 수 있으면 수정을 하시든지 이 건보료 재정에 대해서 특별히 좀 신경을 써 주셔서 국민들에 부담이 안 가도록 좀 해 주시기를 당부의 말씀을 드리고, 다음에는 부과체계 형평성 문제입니다. 건강보험료 관련 민원이 약 한 5730만 건이나 된답니다. 이 대부분의 민원이, 상대방하고의 형평성 관계 때문에 민원이 있는 것이 대부분이라고 생각이 됩니다마는…… 지금 이제 이 부과체계를 소득중심으로 개편을 하려고 하는데 이게 개편이 되면 형평성 문제가 없을 것인지, 좀 덜 할 것인지, 어떻게 될 것인지 한번 말씀을 해 주시고 문제가 있다면 이 형평성 유지를 위해서 또 어떤 조치를 하실 계획인지 한번 말씀해 주십시오.

보건복지부장관 문형표 이번에 기획단 안처럼 저소득층에서 어떤 자동차나 재산에 대해서 과다하게 부과되는 보험료를 낮춰 주면요, 그리고 또 피부양자 등 무임승차하신 분들을 좀 우리가 떨어내서 지역가입자로 이렇게 전환을 시켜 드리면 형평성 문제는 상당히 개선이 될 거라고 기대를 하고 있습니다. 물론 완벽하게 해결이 될 수는 없겠습니다마는, 그 이유는 아까도 말씀드렸지만 우리가 소득과약이 완벽하게 된다면 근본적인 해결이 되겠습니다마는 아직까지는 그렇지 못한 상황이기 때문에 저희들이 형평성을 제고는 할 수 있지만 100점짜리의 대책을 만들 수 있는 그런 상황은 아닙니다. 그러나 계속 저희들이 소득과약률도 제고하고 또 형평성도 제도적으로 확보하는 노력을 해서 하여튼 좀 더 개선하는 노력을 지속적으로 하겠습니다.

이종진 위원 어떻든 최근 자료를 이용해서 시물레이션을 강화를 좀 한번 해 보고 정말로 이 형평성 문제로 인해 가지고 민원이 좀 안 생기도록 해 주셔야 됩니다. 근 6000건 가까이가 된다고 하면 우리 국민 1인당 한 건씩 민원이 있는 이런 상황이 됩니다. 이 부분이 나중에 이 건보료 개편의 성공여부와 직결이 되는 그런 사항이기 때문에 특별히 좀 신경 써 주시기 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 예, 알겠습니다.

남인순 위원 (전략) 그리고 앞에서 우리 김명연 위원이 말씀하셨습니다. 지금 대한한의사협회 회장이 단식을 한 지가 13일째 됐습니다. 저도 한번 방문을 한 적이 있는데요, 저는 이런 문제가 있을 때 좀 더…… 이렇게 문제가 발생했을 때의 원인을 제가 좀 추적을 해 보니까 국무조정실에서 규제 기요틴 과제로 ‘한의사에 현대 의료기기 허용을 추진하겠다’고 발표를 했고요, 그런데 주무부처인 보건복지부에서는 ‘한의사들의 초음파 엑스레이 사용허용은 처음부터 생각하지 않았다’라고 하는 단정적인 얘기를 하셨습니다. 그 얘기는 권덕철 보건의료실장님이 하셨는데 맞지요? 권덕철 실장님, 자리에 계신가요? 권덕철 실장님, 그렇게 단정적인 말씀 하신 것 맞지요?

보건복지부 보건의료정책관 권덕철 예, 그렇습니다.

남인순 위원 1월 22일 날 그렇게 얘기하셨지요?

보건복지부 보건의료정책관 권덕철 예, 그렇습니다.

남인순 위원 그런데 보건의료정책을 추진하는 주무 부처인 보건복지부가 국무조정실에서 이렇게 얘기가 나온 것을 갖고 단정적으로 얘기를 하셨어요. 좀 조율을 해 가면서 추진해야 되는 것 아닙니까?

보건복지부 보건의료정책관 권덕철 그 규제개혁 기요틴에 보시면 ‘단체에서 건의한 내용은 이런 안이 있었고 그것에 대해서 정부에서는 어떤 부분까지 수용하고 어떻게 추진하겠다’ 그렇게 다 들어가 있습니다. 거기에 보면 아까 말씀하신 초음파라든지 엑스레이는 들어가 있지 않습니다.

남인순 위원 그러니까 들어가 있지 않는다고 해서 그것이 안 한단다고 하는 단정은 아니라는 거예요. 너무 단정적으로 얘기하시는 것이 이런 어떤 행동이 나오게 되는 배경이지 않을까, 그런 것을 제가 지적을 하는 거고요.

보건복지부 보건의료정책관 권덕철 그런데 원래 저희가 입법이 아닌 유권해석으로 가능한 부분부터 검토하겠다는, 이렇게 되어 있습니다. 그 나머지 부분은 법적인.....

남인순 위원 장관님께 질의할 텐데요. 권덕철 실장이 그와 같은 내용을 브리핑 하는 것을 혹시 사전에 보고받으신 바 있으십니까?

보건복지부장관 문형표 예, 부처 입장에서 검토를 한 적이 있습니다.

남인순 위원 지금 이렇게 상황이 확대되기 전에 사전에 좀 갈등을 조정하는 것 아까 하셨다 라고 얘기

를 하셨어요. 사전에 얘기를 조율하셨다고 하는데, 어쨌든 지금 단식을 하고 있는 그런 상황인데 현대 의료기기 사용을 둘러싸서 양 단체의 갈등을 조정할 수 있도록 협의체를 좀 구성을 하고 어떤 국민들이 납득할 수 있는 중재안이 나오도록 갈등을 좀 중재하는 그런 역할을 하셔야 되는 것 아닙니까? 어떻게 생각하십니까?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 하도록 하겠습니다.

남인순 위원 협의체를 구성해서 국회에다 좀 보고를 해 주시겠습니까?

보건복지부장관 문형표 예, 한번 방법을 찾아보도록 하겠습니다. 그리고 복지부 입장에서 아예 검토를 하지 않았다고 말씀하셨는데요 그런 것은 아니구요 지금 의료기기를 허용하는 범위 내에서 유권해석상 가능한 부분이 있고 법령이 개정되어야 될 부분이 있습니다. 그래서 그런 것들을 단계적으로 검토를 하겠다는 것을 그렇게 표현한 것으로 알아주셨으면 합니다.

남인순 위원 우선 협의체 구성하셔 갖고요 좀 갈등 조정을 한번 해 보시고 의견수렴을 좀 듣는 형태로 하셨으면 좋겠습니다. 이렇게 계속 어떤 단식이라든가 이런 방식을 양 의료기관에서 하는 것, 이것은 바람직하지 못한 것 같습니다.

보건복지부장관 문형표 예, 저희가 자문단이든 어떤 형태든 구성을 해 가지고 말씀을 드리도록 하겠습니다.

남인순 위원 예.

김성주 위원 (전략)그러면 이 건보료 개편으로 또 화가 날 층은 어느 쪽이겠습니까?

보건복지부장관 문형표 아무래도 직장근로자들 중에서 중산층 직장근로자들 중에 부담이 늘어나는 계층이 될 거라고 생각합니다.

김성주 위원 바로 그거거든요. 그러니까 연말정산 파동에 놀란 박근혜정부가 건강보험료 부과체계 개편이라고 하는 굉장히 중요한 과제, 즉 일부 45만 정도의 고소득층에게는 조금 더 부담을 지우고 600만 명이 넘는 저소득층에게는 부담을 덜어주는, 국민들의 입장에서 보면 불합리한 것을 조정해 주는 굉장히 중요한, 서둘러야 되는 개혁을 뒤로 미뤄버렸다는 거지요. 그래서 제가 그런 표현을 씁니다. 자라 보고놀란 가슴 솥뚜껑 보고 놀란다고 ‘연말정산 파동에 놀란 정부가 건보료 개편의 뚜껑은 아예 열어보지도 않고 닫아버렸다’ 이런 표현을 씁니다. 장관님, 그런 걱정에 대해서 어떻게 생각하세요?

보건복지부장관 문형표 그것은 복지부에서 저희가 발표를 할 때 사실 여러 가지들을 같이 검토를 했습니다. 그런데 아까도 말씀드렸습니다마는 그런 계층뿐만이 아니라 저소득층의 보험료 부담이 늘어나는 문제 이런 것들도 다 종합적으로 감안을 해서 혹시 이런 것들이 언론을 통해서 나가면서 왜곡이 될 수 있고 그렇게 됐을 경우에 정말 중요한 정책을 추진하는 데 걸림돌이 되지 않을까 이런 것들을 고민해서 결정을 내렸다는 것을 말씀드리겠습니다.

김성주 위원 조금만 시간을 주십시오. 바로 그 측면이거든요. 아까 얘기를 좀 들어보니까 시물레이션하는 것은 큰 기술적인 문제이거나 시간이 오래 걸리는 사안이 아닌 것 같고 문제는 사회적인 공감대, 이 부과체계 개편에 따라서 더 부담을 지게 되는 고소득층을 어떻게 설득하느냐가 지금 관건 아니겠습니까, 정부 입장으로서는? 그렇지 않아요?

보건복지부장관 문형표 예, 그럴 수 있습니다.

김성주 위원 분명히 말씀하세요. 그러니까 우리가 지금 우려하는 문제를 같이 풀어가야 되잖아요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다.

김성주 위원 그게 걱정이 되는 거잖아요? 자, 그러면 그것을 어떻게 설득해 낼 것이냐 라고 하는 것에 대해서는 정부만 짐을 짊어지는 게 아니라 국회나 또는 언론들도 같이 그런 얘기를 해 나갈 수 있는 거잖아요. 그렇지요?

보건복지부장관 문형표 예.

김성주 위원 그런데 이것을 덮어버리면, 닫아버리면 그러면 유예는 시킬지 모르지만 이 문제는 그대로 남는 거거든요. 그런데 왜 정부가 이 문제에 대해서 해결적 자세를 취하지 않고서 덮어버리고 더 큰 파동을 만들었느냐 이게 지금 우리가 비판하는 겁니다, 여야가 공통으로. 장관님, 어떻게 고소득자들을 설득할 것인가 그것에 대한 생각을 한번 말씀을 해 주 보세요.

보건복지부장관 문형표 그래서 말씀드린 대로저희들이 이러한 형평성에 어긋나는 부분들, 특히 많은 재산을 가지고 계시거나 소득이 어느 정도 있으신 분들이 단지 피부양자로 등재가 되어가지고 보험료를 안 내시고 하는 것들 이런 것들에 대한 문제점들을 저희가 좀더 정확히 밝혀서 공개를 하고 하면서 국민들의 공감을 저희들이 도출하고 그것을 토대로 해서 저희가 정책을 추진하도록 하겠습니다.

김성주 위원 그것은 용기가 필요한 겁니다, 피해서 해결될 문제가 아니고요.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 최대한 노력을 하겠습니다.

김정록 위원 최근에 한의사 의료기기 사용 논란에 대해서 한의사협회 회장이 한 열흘간 단식투쟁 하고 있는 것 알고 계시지요?

보건복지부장관 문형표 예, 알고 있습니다.

김정록 위원 또 전에는 의사협회 회장이 단식농성에 들어갔고, 그렇지요?

보건복지부장관 문형표 예.

김정록 위원 그런데 복지부에서는 관심사에 대해서 어떤 대책이나 이런 게 있습니까?

보건복지부장관 문형표 저희들이 의료기기에 대해서 계속 검토를 하고 있고 또 담당 국장 이하 단식하시는 한의사협회장님을 방문해서 말씀도 나눈 것으로 알고 있습니다.

김정록 위원 저는 그렇습니다. 우리 모두가, 의사협회나 한의사협회가 모두가 잘돼야 돼요, 대한민국에서는. 특히 한의사는 어떻게 보면 한의사들이 대학을 졸업하고 대학원을 졸업해도 취업할 장소가 없고 마찬가지로 의사들도 그런 악조건에서 하고 있는데 지난번에 우리의료기 사용 관련해서 과학적 근거를 바탕으로 또 우리 국민적 합의를 도출해야 할 시점에서 보는데, 장관님 생각은 어떠십니까? 지금 현재는, 이제는 의료기기에 대해서 어떤 대안을 제시해서, 물론 초음파나 엑스레이에 대해서는 문제점이 있는 것으로 알고 있지만 다른 사소한 의료기기에 대해서는 지금 전향적으로 연구를 하고 있지요?

보건복지부장관 문형표 예, 그렇습니다. 거기에 대해서는 이미 대법원이나 현재에서 판례가 있기 때문 예요, 거기에 맞춰서 저희가 유권 해석상 가능한 부분들을 검토하고 있습니다.

김정록 위원 장관께서는 적극적인 노력으로 직역간의 갈등을 해소하고 또 둘째로는 충분한 대국민 의견수렴과 과학적인 설명으로 해서 건강한 대한민국을 만들기에 주력해 주기를 부탁을 드리겠습니다.

보건복지부장관 문형표 예, 알겠습니다.

김정록 위원 관심을 좀 가져주십시오.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 하겠습니다.

김정록 위원 또 위원장님에게 건의를 드리려고 합니다. 위원장님, 의료기기 사용은 우리 국민적 관심

도도 높습니다. 특히 또 사회적인 영향이 큰 직역 간의 갈등이 있는 만큼 우리 국회에도 많은 관심이 필요하다고 생각합니다. 그 취지를 위원회 차원에서, 한의사 의료기기 사용 논란에 대해서 공청회를 실행할 것을 건의 드립니다.

위원장 김춘진 예, 적극적으로 우리 위원님들의 뜻을 모아서 개최하는 방안을 추진하겠습니다.

김정록 위원 마지막으로 장관께 질의하겠습니다. 단식이라는 것은 어떻게 보면 목숨 걸고 단식을 하는 거거든요. 그러면 거기에 대해 장관께서 방문해서 단식을 중단을 시킨다든가 차관을 보낸다든가 국장님들을 보내서 거기에 대한 출구전략을 좀 만들어줬으면 좋겠다는 생각이 들어요.

보건복지부장관 문형표 예, 최대한 노력을 해서 제가 직접 뵙고 설득을 시킬 수 있도록 노력하겠습니다.

김정록 위원 이상입니다.

위원장 김춘진 수고하셨습니다. 이어서 존경하는 문정림 위원님 질의하여 주시기 바랍니다.

문정림 위원 오전에 개괄적인 것을 말씀드렸는데요, 다시 한 번 확인하겠습니다. 장관님 말씀을 통해서 제가 직접 확인하겠습니다. 건보료 부과체계 개편의 필요성, 왜 개편해야 되는 것입니까? 어떤 방향은 둘째 치고 왜 개편해야 되는 것입니까, 현재?

보건복지부장관 문형표 가장 중요한 것은 형평성을 제고하는 것이라고 생각합니다.

문정림 위원 형평성을 그러면, 직장가입자와 지역가입자 각각 어떤 방식으로 부과하고 있는데 뭐가 형평성에 문제가 있습니까?

보건복지부장관 문형표 일단 직장가입자 지역가입자는 이원화 된 구조로 지금 부과체계를 하고 있는데요, 이것을 완전히 소득기준의 일원화는 어렵다고 봅니다. 그러나 지역가입자 중에서 재산이나 특히 자동차분에 대해서 이중적으로 부과되는, 그래서 과다 부과되는 보험료는 좀 낮춰줘야 된다고 생각합니다.

문정림 위원 지금 말씀은 이원화 돼 있어서 소득 중심으로 부과 개편해야 되는데 근로소득은 소득 중심이라 상관없고 지역가입자는 소득이 파악돼 있지 않기 때문에 재산 부분을 해야 되는데 재산, 자동차 뭐 이런 부분에 불합리한 부분이 있다 이런 취지로 말씀하신 것 같은데요. 그러면 직장가입자에서는 무슨 문제가 있습니까, 현재?

보건복지부장관 문형표 직장가입자에서는 두 가지가 있습니다. 근로소득 이외의 소득에 대해서 상당히 관대하게 지금 면제를 해 주고 있습니다. 그럼으로써 형평성의 문제가 한 가지 있고요, 또 하나는 그 피부양자들의 범위가 상당히 넓습니다. 그래서 고액 재산을 갖고 있는 분들도 다 피부양자로 돼서 어떻게 보면 무임승차를 하는 그래서 또 형평성의 문제를 야기하고 있습니다. 그래서 이런 점들을 저희가 좀 완화해야 된다고 생각합니다.

문정림 위원 직장가입자와 지역가입자에 있어서 양쪽 다 형평성 내지는 부과체계의 문제점이 있었던

것은 아마 잘 알고 계실 것 같은데요. 그 답변 중에 뭐가 문제가 있었느냐 하면 지역가입자에서의 재산, 자동차 부분만 주로 말씀을 하셨기 때문에 앞으로 부과체계 개편을 할 때 양쪽을 다 검토를 할 것인지, 어느 한 쪽에 치우친 구상을 갖고 계신지를 확인하기 위해서 여쭙어 본 겁니다.

보건복지부장관 문형표 예.

문정림 위원 그러면 제가 여쭙어 볼게요. 부과체계 개편이 이제 불공정하니까 하는 것은 맞는데 불공정해서 공정하게 바뀌면 뭐가 달라집니까?

보건복지부장관 문형표 그러면 상대적인 부과체계가 좀 바뀌게 되겠고요. 그래서 저소득 지역 가입자들의 부담이 완화되는 반면에 아까 말씀드린 대로 고소득, 근로 외 소득이 있는 자거나 피부양자의 경우에는 부담이 좀 더 올라가는 그런 식으로……

문정림 위원 그러니까 부담이 높아지고 낮아지고 하는 것은 이제 납부자 중심의 문제고요. 건보 재정 면에서는 그러면 어떻게 달라집니까? 돈이 더 들어옵니까?

보건복지부장관 문형표 지금 기획단의 안에 의하면 건보 재정은 나빠지는 것으로, 적자가 발생하는 것으로 되어 있습니다.

문정림 위원 나빠지는데도 불구하고 개편을 한다고 하면, 아까 여러 위원님들이 지적하셨는데 건보 재정의 목적이 사실은 건보 재정에 꼭 균형을 맞추고 플러스를 맞추기 위한 것은 아니잖아요?

보건복지부장관 문형표 그렇습니다.

문정림 위원 그럼에도 불구하고 건보 재정을 생각할 수밖에 없는 것은 건강보험의 보장성에 대한 요구는 높아지고 또 지금 건보로 개편이 어떻게 이루어질지도 모르는데 2018년까지 중기계획 발표 다 하셨습니다. 몇 조 든다는 발표까지 다 하셨습니다. 그렇지요?

보건복지부장관 문형표 예.

문정림 위원 그러면 지출은 계획을 세웠는데 그 수입은 어떻게 들어올지가 지금 결정이 안 된 상태잖아요. 그렇기 때문에 건보 재정의 건전성을 생각할 수밖에 없는 거지요. 그러면 직장가입자나 지역가입자나 모두 형평성은 맞추는데 일곱 가지 시뮬레이션 모델 중에, 제가 애초에 받은 것은 6개가 재정적자가 나는 거였고 하나만 플러스가 약간 되는 것이었습니다. 그런데 오늘 말씀하시기로는 7개가 다 적자가 나는 거라고 하셨는데 6개든, 7개든 어떤 모델을 선택하지는 않았습니까. 그런데 어떻게 하더라도 재정적자가 난다 그러면 어떻게 운영할거냐라는 부분이 있는데, 어떻게 운영하실 거예요?

보건복지부장관 문형표 그래서 저희들이 필요하면 어느 정도 적자도 감수는 해야 된다고 생각합니다.

문정림 위원 아니, 정부가 적자를 감수한다는 게 나쁘다는 게 아니라 본 가입자들이 내지 못하면 건보 재정을 정부가 국가보조를 하거나 예산을 해야 되는데 정책 의지도 중요하고 시행능력도 중요하잖아요,

동력도 중요하고, 그럴 준비가 되어 있느냐는 차원에서 여쭙어 보는 겁니다.

보건복지부장관 문형표 그래서 아까도 말씀드렸습니다마는 어떤 적자요인이 거기서 발생한다 그러면 저희가 지출에서 효율화를 한다거나 그러한 어떤 재정 확충 노력을 통해 가지고 추진하겠다는 말씀입니다.(중략)

문정림 위원 예, 알겠습니다. 그러면 건보 재정 적립금이 2015년 2월 현재 얼마 됩니까?

보건복지부장관 문형표 지금 흑자가 약 한 12 조 원 정도 누적되어 있습니다.

문정림 위원 12조 정도 되고, 언론에 의하면 그게 ‘한 2년 정도는 유지된다’ 이런 얘기도 있지만 ‘2020년 되면 6조 4,000억, 2040년에는 64조, 2050년에는 100조 적자가 예상된다’ 그런 보고도 있습니다. 물론 이거 의료비 지출이 어떻게 달라질지 모르기 때문에 더할 수도 있고 덜할 수도 있습니다. 그러면 이렇게 직장가입자와 지역가입자에게서 지금 시뮬레이션 모델들에서 재정적자가 나다 보면 보험료 인상이 불가피해 질 수도 있는데 그런 부분 생각해 보셨습니까?

보건복지부장관 문형표 그래서 저희들이 좀 더 시뮬레이션을 정확히 해 봐야 되겠습니다만 현재 저희들의 의지는 이런 보험료 체계 개편에 의해 가지고 추가적인 보험료 인상은 없도록 하여튼 저희들이 그런 전제하에서 한번 방안을 만들어 보도록 노력하겠습니다.

문정림 위원 심도 있는 검토 바랍니다.

보건복지부장관 문형표 예, 그렇게 하겠습니다.

문정림 위원 건보료 부과체계 개편 관련해서 지금 여러 가지 시뮬레이션의 문제점 내지는 보완책을 쟁점 및 검토사항으로 해 주셨는데 지금 하나하나를 고치는 것도 문제지만 정부가 종합적인 검토를 할 건지, 부분적인 검토를 할 건지 이런 게 현재로는 더 문제가 아닌가 생각해서 몇 가지 더 여쭙어 보겠습니다. 지금 건보료 부과체계에 있어서 직장가입자와 지역가입자 납부자 비율이 어떻게 됩니까, 인원수가? 피부양자 포함해서 들어오는 그 대상자 인원수가 어떻게 됩니까?

보건복지부장관 문형표 제가 정확한 숫자는 잘 모르겠습니다. 실무진이 한번……

문정림 위원 그러면 국장님이나 과장님 답변을 부탁드립니다.

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 건강보험정책 국장입니다. 직장가입자가 1700만 명이고 지역가입자는 1400만 명 정도 됩니다.

문정림 위원 그 비율이 어떻게 됩니까?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 직장가입자는 피부양자가 2000만 명이 거기 같이 포함되어 있습니다. 그래서 피부양자 인구수까지 합하면 한 7대 3 정도 비율입니다.

문정림 위원 7 대 3이지요. 그러면 들어오는 비용은 비율이 어떻게 됩니까?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 들어오는 재정은 지역가입자 반대 정도 됩니다. 그러니까 직장가입자에서 거의 한 60, 70% 가까이 들어오고요. 지역가입자에서 나머지 부분이 들어옵니다.

문정림 위원 직장가입자 피부양자 포함해서대상자 수만큼 그러면 7 대 3 유사한 비율로 들어온다는 겁니까?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 아닙니다. 그러니까 반대로 직장가입자에서 재정수입이 더 많습니다.

문정림 위원 제가 알기로는 8 대 2 정도 되는 것으로 알고 있는데, 그렇지요?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 예, 그렇습니다.

문정림 위원 그러면 개편하려는 게 부담이 증가되고 완화되는 것도 있지만 시뮬레이션한 모델도 대체로 비슷합니까, 현재하고?

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 시뮬레이션 모델 비교해 봤을 때는 지역가입자에서 감소분이 직장가입자에서 들어오는 수입분보다 훨씬 더 큼니다. 그렇기 때문에 지금 전체적으로 재정이 좀 부족한 것으로 모형에는 나오고 있습니다.

문정림 위원 제가 생각하기에는 개편이 건보재정의 균형을 맞추는 데 목적이 있다고는 생각하지 않습니다. 건보 보장성을 높이기 위해서 안정적인 재정을 마련하는 것이 중요한데 안정적인 재정을 마련하기 위해서는 건보료를 내는 직장가입자나 지역가입자들이 공정하다 라는 생각으로 수용성을 가져야지만이 내고 낸 만큼 보장을 받을 수 있다고 생각을 합니다. 그래서 직장가입자와 지역가입자의 비율, 현재 내고 있는 납부 수준 그다음에 직장가입자와 지역가입자에서 건보료 부담이 얼마나 증가하고 얼마나 감소하는지, 뿐만 아니라 소득 수준별로도 검토가 필요하다 이런 말씀입니다.

보건복지부 건강보험정책국장 이동욱 상세히 분석하겠습니다.

위원장 김춘진 수고하셨습니다. 이어서 존경하는 김용익 위원님 질의하여 주시기 바랍니다.

김용익 위원 장관님, 장관직 수행하면서 청와대가 원망스러운 적 없어요?

보건복지부장관 문형표 지금 청와대하고 같이 국정에 대해서 긴밀히 협조해서 정책을 추진하고 있습니다.

김용익 위원 이거 아까 말씀드린 대로 모든 신문이 청와대 개입설을 얘기했는데 장관님만 지금 단독으로 추진하셨다고 했는데 이거에 대해서 위증하지 않으실 자신 있으세요?

보건복지부장관 문형표 저희들이 고심 끝에 그러한 결정을 내렸다는 것을 말씀드리겠습니다.

김용익 위원 그 고심을 어떻게 그렇게 급작스럽게 한밤중에 하셨어요?

보건복지부장관 문형표 저희가 여러 가지 고민들을 했었습니다. 27일 날 사실 기자단을 미리 만나서 어떤 발표 시기를 좀 뒤로 늦춰 달라고 먼저 상의도 하고 협조도 구하고 했었습니다. 그래서 여러 가지 노력들을 해 왔습니다.

김용익 위원 장관님 그 결심 때문에, 누구의결심이냐 사실 모르겠어요. 장관님이 스스로 했다는 그 결심 때문에 이규식 단장이 사퇴를 하셨는데 이규식 단장의 사퇴에 대해서 어떻게 생각하세요?

보건복지부장관 문형표 기획단의 책임을 맡고계신 위원장으로서 그러한 실망의 뜻을 표시한 것에 대해서는 충분히 공감을 합니다. 그리고 저희가 앞으로라도 위원장님을 만나 뵙고 그 취지에 대해서 또 오해하신 부분에 대해서 설명을 드리고 그래서 같이 협조를 해서 정책 검토를 하도록 하겠습니다.

위원장 김춘진 수고하셨습니다. 이상으로 위원님들의 질의를 모두 마치겠습니다. 문형표 보건복지부장관과 정승 식품의약품안전처장을 비롯한 관계 직원 여러분, 수고 많으셨습니다. (후략)

의료정책연구소 도서회원 가입 안내

1. 가입대상과 연간 회비

회원종류	일반회원	단체회원
가입대상	개인, 학생 등	단체, 도서관 등
연간회비	40,000	50,000

2. 회원에 대한 특전

회원가입 기간(1년간) 중 본 연구소에서 발간하는 간행물과 기타 도서 및 자료서비스는 아래와 같습니다.

– 회원가입 기간 중 발간하는 의료정책포럼, 각종 정책자료, 세미나 연제집, 연구보고서 등을 우편으로 제공

1) 회원자격 유지기간

회원가입(연회비 납부) 월부터 12개월이 되는 달의 말일까지입니다.

2) 회원가입 신청방법

연중 언제나 가입신청을 접수하며 도서회원 가입신청서를 팩스, 우편, E-mail, 홈페이지를 통해 본 연구소에 제출 (전화 신청 가능)

- 주 소 : (140-721) 서울시 용산구 이촌로 46길 33 대한의사협회 의료정책연구소
- F A X : (02) 795 - 2900
- E-mail : mimi@kma.org
- 담당자 : 박미경 (02)6350-6683
- homepage : <http://www.rihp.re.kr> (신청서 양식 항목의 내용만 기재하면 됨)

3) 연회비 납부방법

- 계좌번호 : 하나은행 228-078824-00204 (예금주:대한의사협회)

※ 신청서는 홈페이지(www.rihp.re.kr)에서 다운받아 사용하시면 됩니다.

(www.rihp.re.kr-연구발간물-발간물 종류 및 이용 안내)

의료정책연구소 발간도서 안내

3. 발간도서 목록(2015. 04. 현재)

1) 정기간행물

(계간)의료정책포럼 (2014년 Vol. 12, No. 4)(계속)

2) 연구보고서

연구보고서 2014-09	의료생활 협동조합의 실태와 개선방안
연구보고서 2014-08	중국의 보건의료제도 및 최근 개혁동향
연구보고서 2014-07	교육병원 지정에 관한 평가인증 기준 개발
연구보고서 2014-06	요양병원의 운영 현황 및 실태조사에 관한 연구 - 여성입원환자 중심으로
연구보고서 2014-05	의사인력 양성현황 연구: 한국의학교육백서
연구보고서 2014-04	의료감정의 현황과 제도 개선방향
연구보고서 2014-03	진료비 지불보상제도에 대한 체계적 분석 고찰
연구보고서 2014-02	미국의 건강보험개혁 동향과 시사점
연구보고서 2014-01	의원급 기본진찰행위에 대한 표준비용 조사연구
연구보고서 2013-08	호주의 보건의료제도 고찰
연구보고서 2013-07	전공의 수련 및 근로환경 실태조사
연구보고서 2013-06	의료사고 중재전략 및 이미지 회복 실무에 관한 연구
연구보고서 2013-05	포괄지불제(bundled payment) 현황과 방향
연구보고서 2013-04	개인의료정보의 관리 및 보호방안
연구보고서 2013-03	노인층에 적용되는 외래본인부담금 제도의 문제점과 개선방안
연구보고서 2013-02	의원급 의료기관의 2014년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 및 적정수가인상률 연구
연구보고서 2013-01	의사연수교육기관 인증방안에 관한 연구
연구보고서 2012-19	보건의료 통계 분석 : OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2012-18	제약산업 판매장려금 규제에 대한 연구
연구보고서 2012-17	향후 10년간 의사인력 공급의 적정수준
연구보고서 2012-16	출산에 따른 여성전공의 수련환경 실태와 개선방안
연구보고서 2012-15	의원에 적합한 건강관리서비스 모형 연구
연구보고서 2012-14	OECD 국가의 보건의료 행정조직의 조직현황과 의사의 참여방식에 관한 연구
연구보고서 2012-13	한·미 FTA 의료계에 대한 영향 분석
연구보고서 2012-12	가정상비약 약국의 판매의 경제사회적 영향 및 의료계에 미치는 영향
연구보고서 2012-11	OECD 국가의 주요 의료수가에 대한 비교 연구
연구보고서 2012-10	2011년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2012-9	우리나라 근·현대여성사에서 여의사의 활동과 사회적 위상
연구보고서 2012-8	의과대학 교수의 교육·진료·연구 환경 개선을 위한 만족도 조사연구
연구보고서 2012-7	진찰료 산정구조의 문제점 및 개선방안
연구보고서 2012-6	The Global Role of the Doctor in Health Care의 Country Report(대한민국)
연구보고서 2012-5	의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률 공포에 따른 의료배상공제조합 추진 관련연구
연구보고서 2012-4	의원급 의료기관의 2012년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 및 적정수가인상을 연구: 의료 경영실태의 관점에서
연구보고서 2012-3	의료관광 활성화를 위한 고품질 의료서비스 모델개발
연구보고서 2012-2	만성기 재활의료 표준화 및 활성화 방안 연구
연구보고서 2012-1	의원경영실태 조사 2011
연구보고서 2011-32	의사 실기시험 성과분석과 개선방안
연구보고서 2011-31	한국과 독일의 정신건강 정책 비교
연구보고서 2011-30	의료정보의 보호와 관리방안
연구보고서 2011-29	의료관련 규제개혁에 관한 연구
연구보고서 2011-28	해외선진 의과대학 교육과정과 의사 국가고시 과목 비교연구
연구보고서 2011-27	의약분업 시행 10년 평가 및 제도개선 방안 연구
연구보고서 2011-26	사회경제 환경변화와 보건의료정책의 방향
연구보고서 2011-25	원외처방약제비 환수 관련 문제점 및 개선방안
연구보고서 2011-24	의대와 한의대의 통합을 통한 의료 일원화 방안 연구
연구보고서 2011-23	북한이탈주민에 대한 보건의료인 자격 인정 방안 마련을 위한 기초 연구
연구보고서 2011-22	의대 인증평가 개선방안 연구
연구보고서 2011-21	의협 중앙윤리위원회 역할과 기능 선진화 방안 연구
연구보고서 2011-20	보건소 근무의사 만족도 조사
연구보고서 2011-19	보건의료 통계 분석-OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2011-18	의사와 한의사의 업무 갈등 사례 분석 및 대응 방안 연구
연구보고서 2011-17	의료분쟁조정제도의 실효적 운영방안
연구보고서 2011-16	진료지원인력 활용에 따른 법적문제와 대응방안 연구
연구보고서 2011-15	일차의료기관의 만성질환관리체계 구축방안 연구
연구보고서 2011-14	의원급 의료기관의 자율적 인증제 개발
연구보고서 2011-13	개인 및 단체의 선거운동에 대한 정치관계법 연구
연구보고서 2011-12	총액계약제 사례 연구 : 독일 대만을 중심으로
연구보고서 2011-11	공중보건 의사 실태조사 연구
연구보고서 2011-10	건강보험 모델병원을 통해 살펴 본 수가적정성 연구
연구보고서 2011-9	의사 시니어 클럽 운영 방안 및 사업내용 연구

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2011-8	전문 의제도 개선 방안 연구
연구보고서 2011-7	소비자 생협, 농협 등의 의료기관 설립 타당성에 대한 연구
연구보고서 2011-6	세부 전문 의제도 정립을 위한 의학계의 인식조사 및 제도 활성화 방안 연구
연구보고서 2011-5	건강보험 재원조달과 건강보험 지속가능성에 관한 연구
연구보고서 2011-4	국민건강보험공단의 효율적 관리모형 개발
연구보고서 2011-3	의료기관 현지조사에 대한 법적검토와 개선방안
연구보고서 2011-2	보험급여가 되지 않는 진료행위 인정방안 연구
연구보고서 2011-1	보건 의료 통계 분석
연구보고서 2010-12	한국형 전공의 공통교육과정 개발
연구보고서 2010-11	보건소 기능 개편 방안
연구보고서 2010-10	진료 의뢰 및 회송제도 개선방안
연구보고서 2010-9	건강관리서비스 도입방안 검토와 대안 모색
연구보고서 2010-8	2009년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석
연구보고서 2010-7	의료기관의 환자정보 보호방안 : '정보통신망법'을 중심으로
연구보고서 2010-6	상급종합병원의 외래환자 조정방안 연구
연구보고서 2010-5	수도권 의료집중 완화를 위한 병상공급 개선방안 연구
연구보고서 2010-4	영리 의료법인에 대한 검토와 대안 모색
연구보고서 2010-3	일본의 의료보험제도 및 진료비 지불체계에 관한 연구
연구보고서 2010-2	국방 의학원 설립 타당성 검토 및 군 의료체계 선진화 방안 연구
연구보고서 2010-1	의원 경영실태 조사 분석
연구보고서 2009-8	국민건강보험상 요양급여비용 환수·처벌관련 규정의 문제점과 개선방안
연구보고서 2009-7	민간건강보험에 의한 의료기관 피해 실태 및 대처방안 : 보험자 및 제공자 조직간 관계 연구
연구보고서 2009-6	의사에 대한 인권침해 실태 및 구제방안
연구보고서 2009-5	유사 의료행위에 관한 법적 문제와 개선방안
연구보고서 2009-4	의료환경변화에 대한 연구 : 의료인력(의사·간호사) 및 의료기관 기능 재정립
연구보고서 2009-3	의원 경영실태조사
연구보고서 2009-2	표준의원의 원가분석을 통한 건강보험 수가평가 연구
연구보고서 2009-1	우리나라 일차 의료 활성화를 위한 모델구축- 의료이용자의 지속적인 건강관리를 위한 실천 전략
연구보고서 2008-5	건강보험 관리운영조직의 효율성 평가
연구보고서 2008-4	현행 건강보험제도의 법률적 검토 - 요양기관 당연지정제 및 요양급여비용 계약제를 중심으로
연구보고서 2008-3	2007년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2008-2	제주도 특별법 시행과 관련한 대응방안 모색과 의료산업화에 대한 소고
연구보고서 2008-1	정의로운 의료체계에 대한 연구 : John Rawls의 Norman Daniels의 자유주의 의료정의론을 중심으로
연구보고서 2007-4	일차 의료기관 경영실태조사
연구보고서 2007-3	보건의료 통계 분석 : OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2007-2	국민건강보험공단 결산서 분석
연구보고서 2007-1	노인요양보험(보장)제도 도입이 의료계에 미치는 영향 및 문제점 분석
연구보고서 2006-14	보건의료 통계 분석 -OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2006-13	의사의 다양한 진료에 관한 연구
연구보고서 2006-12	민간의료보험의 유형별 영향에 관한 연구
연구보고서 2006-11	건강보험 적정성 평가정책의 문제점과 개선방안
연구보고서 2006-10	의약분업평가를 위한 국민만족도 조사
연구보고서 2006-9	저출산에 대한 국가별 비교 및 저출산에 대한 대책
연구보고서 2006-8	식대 급여정책 형성과정과 수가결정의 문제점에 관한 연구
연구보고서 2006-7	우리나라 생물학적동등성시험의 문제점 및 개선방안
연구보고서 2006-6	의원급 의료기관 경영분석
연구보고서 2006-5	보건의료 정상화를 위한 국민의료비 확충방안 연구
연구보고서 2006-4	노인요양보장제도의 제공체계에 대한 연구
연구보고서 2006-3	국민요양보장제도 도입을 위한 합리적인 모형 연구
연구보고서 2006-2	자동차보험제도의 문제점 및 개선방안 : 의료부문을 중심으로
연구보고서 2006-1	의료정책 관련 조사에서의 문제점과 개선방안에 관한 연구 : 대한의사협회 시행 설문조사를 중심으로
연구보고서 2005-4	보건의료 통계 분석 : OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2005-3	수가계약제 확립을 위한 제도개선 방안
연구보고서 2005-2	국민건강보험공단 재정운영 분석
연구보고서 2005-1	영리법인 허용이 의료계에 미치는 영향
연구보고서 2004-1-16	언론에서의 반의사정서 극복방안
연구보고서 2004-1-15	원격의료 및 전자 의무기록에 관한 법적 연구
연구보고서 2004-1-14	2004년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석
연구보고서 2004-1-13	의원의 진료비 수입 분석
연구보고서 2004-1-12	진료권 침해 및 보험급여 왜곡 사례집
연구보고서 2004-1-11	가계비 대비 보건의료비
연구보고서 2004-1-10	OECD 보건통계자료를 통해 살펴본 우리나라 보건의료 현황분석

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2004-1-9	의사단체의 정치세력화
연구보고서 2004-1-8	건강보험제도에 대한 국민만족도 조사
연구보고서 2004-1-7	대만 의료보험제도와 총액예산제
연구보고서 2004-1-6	진료정보에 관한 법적 연구
연구보고서 2004-1-5	한방병원과 협진하는 의사 실태 조사연구
연구보고서 2004-1-4	의료인력과 타 직업 종사자간 소득비교 연구
연구보고서 2004-1-3	국민건강보험공단 재정운영의 문제점
연구보고서 2004-1-2	외국의 처방전, 조제내역서, 진료비영수증 관련 법제
연구보고서 2004-1-1	바람직한 인체조직 활용제도 연구
연구보고서 2003-1-4	의사연수교육 실태조사 및 개선방안 연구
연구보고서 2003-1-3	중간요양시설의 법제화 방안 연구
연구보고서 2003-1-2	독일 건강보험제도 개혁 주요내용
연구보고서 2003-1-1	의원급 의료기관 진료비수입 및 경영분석
연구보고서 6	개원의원 정보화현황 조사연구, 2003
연구보고서 5	외과계열의 의료서비스 질저하 예방을 위한 상대가치점수 조정방안, 2003
연구보고서 4	상대가치 개정방법의 개선방안 연구 : 1년 개정방법을 중심으로 , 2003
연구보고서 3	국민건강보험법 개정방안, 2003
연구보고서 2	건강보험 수가조정 과정과 방법에 대한 연구, 2003
연구보고서 1	의료법 개정방안, 2003
연구사업 2004-2-2	현행보건의료법체계의 법정책학적 접근에 관한 연구
연구사업 2004-2-1	경제자유구역 내 외국인병원의 진입유형 및 대응전략 개발
연구사업 2003-2-9	조직, 프로그램, 장기적 전망 모형 구축에 따른 대한의사협회 발전방안에 대한 연구
연구사업 2003-2-8	무과실 의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도조사에 관한 연구
연구사업 2003-2-7	복지국가와 의료정책: 영국, 독일, 미국의 의료보험 구조조정 연구
연구사업 2003-2-6	보건정책결정과정에서의 국가의 역할-1993년 한약 조제권 분쟁을 중심으로
연구사업 2003-2-5	의료정책의 콘텐츠로서의 醫文化연구의 역할과 방향
연구사업 2003-2-4	의과대학 인정평가 제도화 방안에 관한 연구
연구사업 2003-2-3	전문 직업인으로서 의사의 의무와 역할에 대한 이론적 토대
연구사업 2003-2-2	의료인의 국제이동에 따른 면허관리규범 정립에 관한 연구 : 상호승인협정의 관점에서
연구사업 2003-2-1	선진 주요국의 의료제도 연구

의료정책연구소 발간도서 안내

3) 용역연구보고서

용역보고서 2007-2	자발적 참여에 의한 전염병 표본감시체계 구축 방안 (보건복지부)
용역보고서 2007-1	산부인과 의원의 경영 분석 (대한산부인과 의사회)
용역보고서 2006-1	한국인의 식생활 유형과 질병 발생과의 관련성 (농림부)
용역보고서 2005-1	진단검사의학과 전문의 정체성 조사 및 역할증대방안 (대한진단검사의학회)
용역보고서 2004-5	소아청소년과 의원 경영분석 (대한소아과개원의협의회)
용역보고서 2004-4	영상의학과 공동개원 실태조사 (대한방사선과개원의협의회)
용역보고서 2004-3	의과대학 교수의 교직만족에 관한 연구(전국 의과대학 교수협의회)
용역보고서 2004-2	산부인과 의원의 실태 분석 (대한산부인과개원의협의회)
용역보고서 2004-1	한국인의 식이(食餌)와 건강에 관한 고찰 2004 (농림부)

4) 정책보고서

정책보고서 2008-1	건강보험 계약제의 도입방안
정책보고서 2005-1	건강보험제도 분석 및 고찰
정책자료집 3	새정부에 반영되어야 할 의료정책 : 대통령직 인수위원회 보건의료전문위원 초청 간담회, 2002
정책자료집 2	의약분업 재검토방안, 2002
정책자료집 1	16대 대통령에게 바라는 보건의료정책 방향, 2002

5) 핸드북 및 자료집

자료집 20	진단서 등 작성 · 교부 지침
자료집 19	KMA POLICY 구축 및 활용방안 연구
자료집 18	2013 의료정책연구소 발전 워크샵
자료집 17	2008 의료정책포럼 모음집 (제14차~26차)
자료집 16	발간보고서 요약집 (2005.7~2008.6)
자료집 15	2006 전국화원실태 조사보고서
자료집 14	보건통계자료집 2005
자료집 13	2005 전국화원실태 조사보고서
자료집 12	의료정책연구소 연보
자료집 11	OECD국가의 의료자원조달 및 지불체계에 관한 연구
자료집 10	사회봉사 자료집 IV
자료집 9	의료일원화 관련 자료집 2005

의료정책연구소 발간도서 안내

자료집 8	의료정책포럼 모음집 (1차-13차) 2005
자료집 7	발간보고서 요약집 (2002.7~2005.6)
자료집 6	의사회원 사회봉사 자료집 III 2005
자료집 5	2005 대한의사협회 소장도서 목록집
자료집 4	사회봉사 자료집 II 2004
자료집 3	2004 대한의사협회 소장도서 목록집 2004
자료집 2	2003 대한의사협회 소장도서 목록집 2003
자료집 1	사회봉사 자료집 2003
핸드북 9 2010	개원회원을 위한 세금-노무가이드
핸드북 8 2009	개인회원을 위한 세금가이드
핸드북 7 2008	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 6 2007	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 5 2006	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 4 2005	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 3 2004	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 2 2003	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 1 2002	개원회원을 위한 세금가이드

6) 단기과제

단기과제 5	의원급 의료기관의 원가분석 연구
단기과제 4	외래환자수에 따른 진찰료 차등수가제도에 관한 연구
단기과제 3	야간공휴일 가산제도 개선방안에 관한 연구
단기과제 2	의사회원의 기부문화 신장방안에 관한 연구
2004 단기과제 1	2003년도 의료관련 주요판례에 대한 조사분석

7) 번역서

의료윤리규약과 윤리적 쟁점 사례 (박윤희, 장동익 역, 2012)
 보건의료 경제학 (박윤희, 정우진 역, 2010)
 미국의료의 사회사 (이종찬 역, 2012)
 WHO 기후변화와 건강 (박윤희 역, 2012)

의료정책연구소 발간도서 안내

8) 단행본

- 건강보험 급여 기준집 (이평수, 2013)
- 건강증진 신체 활동으로 (고광욱, 2012)
- 2013 병·의원 세무·노무 가이드북 (임금자, 최진우, 2013)
- 2012 보건의료법규 (박윤희, 이백휴 편, 2012)
- 최신 생명윤리법 (박윤희 외, 2012)
- 의료정책 현장에서 답을 찾다 (박윤희, 2012)
- 한국의학사 (여인석 외, 2012)
- 한국 현대의료의 발자취 (한동관, 2012)

계간 의료정책포럼

| 편집위원회 |

위원장 최재욱

위 원 김성원 김형수 신의철 신현영 이동규 이성우 이해연

간 사 신성철

실 무 박미경, 박혜리

계간 의료정책포럼 2015년(통권 48호, Vol.13, No.1)

창 간 2003년 1월 5일

발 행 일 2015년 4월 9일

발 행 인 추무진

편 집 인 최재욱

인 쇄 승림디엔씨

발 행 처 대한의사협회 의료정책연구소

주 소 서울특별시 용산구 이촌로46길 33 (이촌동)

전 화 (02)794-2474

전 송 (02)795-2900

홈페이지 www.rihp.re.kr

Health Policy Forum Vol.13, No.1(2015 Year)

Publisher Choo Moo Jin, M.D.

Editor in chief Choi Jae Wook, M.D.

Published Quarterly by Reserch Institute for Health Policy

Address 33, Ichon-ro 46-gil, Yongsan-gu, Seoul, Korea 140-721